



Kimmo Parhiala

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma

Tavoitteena alueellisen yhteistyön edistäminen

TYÖPAPERI 12/2014

Kimmo Parhiala

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma

Tavoitteena alueellisen yhteistyön edistäminen



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittaja ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-302-163-1 (verkkojulkaisu)
ISSN 2323-363X (verkkojulkaisu)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-163-1>

Helsinki, 2014

Esipuhe

Parhaillaan lainsäädäntövalmistelussa oleva sote-uudistus tuo mukanaan huomattavia muutoksia sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen sekä järjestäjätahojen ja tuottajien väliseen suhteeseen. Järjestämisen ja tuottamisen entistä selkeämpi eriytyminen toisistaan luo järjestäjätahoille uusia haasteita, mutta antaa myös uusia mahdollisuuksia ohjata palvelutuotantoa. Edellytykset muovata tuotantoa eri asiakasryhmien tarpeita vastaaviksi hoito- ja palvelukokonaisuuksiksi tulevat olemaan aikaisempaa paremmat, mutta onnistuminen edellyttää toimivaa yhteistyötä ja tähän kannustavaa ohjausta.

Tässä työpaperissa esitetään yhteenveto terveydenhuoltolain edellyttämien terveydenhuollon järjestämissuunnitelmien sisällöistä. Tarkastelun kohteena ovat valtuustokauden 2013 - 2016 järjestämissuunnitelmat, joiden sisältö on systematisoitu ja analysoitu terveydenhuoltolain 34 § ja lakiin liittyvän asetuksen asettamien vaatimusten mukaisesti. Sisältöanalyysistä vastaa THL:n perusterveydenhuollon kehittäminen –tiimi, yhteiskuntatieteiden maisteri Kimmo Parhialan johdolla.

Tarkastelun tulokset osoittavat, että tehtyjen järjestämissuunnitelmien laajuus, sisältö ja painotukset vaihtelevat huomattavasti sairaanhoitopiirien välillä. Erilaisista lähestymistavoista johtuen käsillä oleva yhteenveto tarjoaakin monipuolisen kuvan niistä keinoista, joilla järjestäjätahot voivat tukea korkealaatuista palvelutuotantoa ja potilaan kannalta toimivia hoito- ja palvelukokonaisuuksia.

Joidenkin suunnitelmien vahvuudet ovat nykytilan analyysissa ja monipuolisten mittaristojen käytössä, toisten taas suunnitelmallisessa laatu- ja potilasturvallisuustyössä tai laajassa hoitoketjujen kehittämissyhteistyössä. Parhaimmillaan suunnitelmat kuvaavat yhteistyössä sovitut toimenpiteet ja niiden tavoitteet sekä valitut seurantakeinot ja eri tahojen välisen vastuunjaon.

Työpaperissa kuvattuihin suunnitelmiin perehtymisestä voi jatkossa olla suurta hyötyä erityisesti palvelujen uusille järjestäjätahoille, mutta myös palvelutuotannossa mukana oleville tuottajille, yksityinen ja kolmas sektori mukaan lukien.

Helsingissä 2.6.2014

Pia Maria Jonsson
Johtava asiantuntija

Tiivistelmä

Kimmo Parhiala. Terveysthuollon järjestämissuunnitelma – Tavoitteena alueellisen yhteistyön edistäminen. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 12/2014. 132 sivua. Helsinki 2014. ISBN 978-952-302-163-1 (verkkajulkaisu)

Työpaperissa käydään systemaattisesti läpi terveydenhuoltolain § 34:n mukaiset terveydenhuollon järjestämissuunnitelmat. Terveysthuoltolain § 34 mukaan samaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään kuuluvien kuntien on laadittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. Järjestämissuunnitelman tavoitteena on edistää alueellista yhteistoimintaa terveydenhuollon palveluiden järjestämisessä ja se on laadittava valtuustokausittain. Tarkasteluun on valittu suunnitelmat valtuustokaudelta 2013-2016.

Työpaperin tarkastelun lähtökohdaksi on valittu 18 asiakokonaisuutta joiden esiintymistä järjestämissuunnitelmissa on tarkasteltu. Tarkasteluun valittujen järjestämissuunnitelmien sisällöstä on tehty yhteenveto näiden asiakokonaisuuksien pohjalta.

Työpaperin tarkoituksena on selkeän terveydenhuollon järjestämissuunnitelmien yhteenvedon lisäksi nostaa suunnitelmissa esiintyviä hyviä käytäntöjä ja innovaatioita esille. Työpaperin tarkoituksena ei ole osoittaa järjestämissuunnitelmien puutteita, vaan antaa kevyt kuvaus millä tavalla asiakokonaisuudet on esitetty. Kaikkien Suomessa julkaistujen järjestämissuunnitelmien lukeminen on iso työ, joten käsillä olevan työpaperin tarkoituksena on antaa lukijalle kokonaiskuva valtuustokauden 2013-2016 suunnitelmien sisällöstä. Työpaperin lopuksi on pohdittu järjestämissuunnitelman toimivuutta yhteistyön edistämisen työvälineenä.

Avainsanat: Terveysthuollon järjestämissuunnitelma, terveydenhuoltolaki, yhteistyö

Sammandrag

Kimmo Parhiala. Terveysthuollon järjestämissuunnitelma – Tavoitteena alueellisen yhteistyön edistäminen [Plan för ordnande av hälso- och sjukvård – Målet är att främja regionalt samarbete]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Diskussionsunderlag 12/2014. 132 sidor. Helsingfors, Finland 2011. ISBN 978-952-302-163-1 (nätpublikation)

Diskussionsunderlaget går systematiskt igenom planer för ordnande av hälso- och sjukvård som föreskrivs i 34 § i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt 34 § i hälso- och sjukvårdslagen ska kommunerna inom samma samkommun för ett sjukvårdsdistrikt göra upp en plan för ordnande av hälso- och sjukvård. Planens syfte är att främja regionalt samarbete vid tillhandahållandet av hälso- och sjukvårdstjänster, och planen ska utarbetas för varje fullmäktigeperiod. De planer som valts ut för granskning i detta diskussionsunderlag gäller fullmäktigeperioden 2013–2016.

Som utgångspunkt för granskningen valdes 18 ämnesområden som förekommer i planerna. Utgående från dessa ämnesområden har det utarbetats en sammanfattning av planernas innehåll.

Diskussionsunderlaget syftar till att ge en tydlig sammanfattning av planerna för ordnande av hälso- och sjukvård och att lyfta fram god praxis och innovationer som förekommer i planerna. Syftet är inte att peka på brister i planerna, utan att ge en allmän beskrivning av hur ämnesområdena har presenterats. Det kräver mycket arbete att gå igenom alla de planer för ordnande av hälso- och sjukvård som publicerats i Finland, så detta diskussionsunderlag går ut på att ge läsaren en helhetsbild av innehållet i planerna för fullmäktigeperioden 2013–2016. I slutet av diskussionsunderlaget diskuteras hur väl planerna fungerar som verktyg för att främja samarbete.

Nyckelord: Plan för ordnande av hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvårdslag, samarbete

Abstract

Kimmo Parhiala. Terveysthuollon järjestämissuunnitelma – Tavoitteena alueellisen yhteistyön edistäminen [Health care provision plan – Aiming to promote regional collaboration] National Institute for Health and Welfare (THL). Discussionpaper 12/2014. 132 pages. Helsinki, Finland 2011.
ISBN 978-952-302-163-1 (online publication)

This discussion paper gives a systematic review of statutory health care provision plans. Under section 34 of the Health Care Act, local authorities that form a joint municipal authority for a hospital district must together produce a health care provision plan. The aim is to promote regional collaboration in health service delivery. A new plan must be produced for each term of office of the city or municipal council. This review focuses on the health care provision plans produced for the 2013–2016 council term of office.

Eighteen themes were selected for study, and this discussion paper reviews how these themes feature in the provision plans. On the basis of the themes, a summary was drawn up of the content of the provision plans selected for examination.

The discussion paper aims to produce a clear summary of the selected health care provision plans and to highlight examples of good practices and innovations. The purpose is not to point out flaws in the plans, instead the paper aims to give an overview of how the eighteen themes are represented in the plans. It is a formidable task to read through all the health care provision plans produced in Finland, and therefore this discussion paper aims to give the reader an overview of the content of the plans drawn up for the 2013–2016 council term of office. The paper is concluded with a discussion of the functionality of provision plans as a tool to promote collaboration.

Keywords: Statutory health care provision plan, Health Care Act, collaboration

Sisällys

Esipuhe	3
Tiivistelmä	5
Sammandrag	6
Abstract	7
Järjestämissuunnitelma – Suunnitelma yhteistyön syventämiseksi	10
Tarkastelussa huomioon otettavat asiat	12
Järjestämissuunnitelmien tarkastelut alueittain	13
Terveystenhuollon järjestämissuunnitelma 2013-2016 – HUS Lohjan sairaanhoitoalue (Karkkila, Lohja, Siuntio, Vihti)	14
HUS Hyvinkään sairaanhoitoalue – Terveystenhuollon järjestämissuunnitelma 2013-2016	19
HUS/ HYKS-alueen kuntien terveystenhuollon järjestämissuunnitelma v. 2013-2016	24
Terveystenhuollon järjestämissuunnitelma 2013-2016 - HUS Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue	30
HUS/Itä-Uudenmaan järjestämissuunnitelma vv. 2013-2016	35
Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystenhuollon kuntayhtymän (Eksote) terveystenhuollon järjestämissuunnitelma	40
Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueen kuntien terveystenhuollon järjestämissuunnitelma 2013-2016	44
Varsinais-Suomen terveystenhuollon järjestämissuunnitelma vuosille 2013-2016	49
Terveystenhuollon järjestämissuunnitelma Vaasan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien alueella 2013-2016	54
Pirkanmaan terveystenhuollon järjestämissuunnitelma vuosille 2013-2016	59
Terveystenhuollon järjestämissuunnitelma - Etelä-Pohjanmaa 2013-2016	64
Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä – Terveystenhuollon järjestämissuunnitelma	70
Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueen kuntien terveystenhuollon järjestämissuunnitelma	75
Etelä-Savon sairaanhoitopiirin terveystenhuollon palvelujen alueellinen järjestämissuunnitelma vuosille 2013-2016	81
Itä-Savon terveystenhuollon palvelujen alueellinen järjestämissuunnitelma 2013-2016	86
Terveystenhuoltolain mukainen järjestämissuunnitelma – Terveystenpalveluiden järjestäminen ja tuotanto Keski-Suomessa vuosina 2013-2016	91
Pohjois-Karjala – Terveystenhuollon palvelujen alueellinen järjestämissuunnitelma vuosille 2013-2016	96
Terveystenhuollon järjestämissuunnitelma - Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen jäsenkunnat 2013-2016	101
Kainuun sosiaali- ja terveystenhuollon kuntayhtymä – Terveystenhuollon järjestämissuunnitelma 2013-2016	107
Keski-Pohjanmaan terveystenhuollon järjestämissuunnitelma	113
Terveystenhuollon järjestämissuunnitelma 2013-2016 – Lapin sairaanhoitopiirin alueen jäsenkunnat	118
Länsi-Pohja – Kuntien terveystenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma vuosille 2013-2016	123
Johtopäätökset	128
Lähteet	131

Järjestämissuunnitelma – Suunnitelma yhteistyön syventämiseksi

Valtioneuvoston asetuksessa terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta säädetään Terveydenhuoltolain nojalla järjestämissuunnitelmien osalta niiden laatimisesta ja toteuttamisen seurannasta (1§), väestön palvelutarpeen arvioinnista (2§), kuntien välisestä yhteistyöstä (3§), perusterveydenhuollon yhteistyöstä (4§), perusterveydenhuollon kehittämisestä ja tutkimuksesta sen tueksi (5§), moniammatillisesta perusterveydenhuollon yksiköstä (6§), perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöstä (7§), kiireellisestä sairaanhoidosta (8§), perusterveydenhuollon henkilöstöstä (9§) ja yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa (10§). Asetuksessa käydään läpi myös erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen lainsäädännölliset lähtökohdat, mutta tämän työpaperin tarkoituksena on tarkastella ainoastaan järjestämissuunnitelmia ja onkin ensiarvoisen tärkeää, ettei järjestämissuunnitelmia ja järjestämissopimuksia sekoiteta toisiinsa.

Siinä missä järjestämissuunnitelman painopisteenä on yhteistyön vahvistaminen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä ja perusterveydenhuollon palvelujen ja sairaanhoidon kokonaisuuden toteuttamisessa terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien kuntayhtymän sekä muiden alueen muiden toimijoiden kanssa, erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa sovitaan yhteistyöstä ja työnjaosta erikoissairaanhoidossa ja lääkinnällisessä kuntoutuksessa. Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimus eroavat toisistaan vahvasti etenkin velvoittavuuden osalta. Suunnitelma on asiakirja jonka tarkoituksena on kuvata kaavailtua yhteistyötä ja asettaa yhteisiä päämääriä kun taas sopimus on juridisesti sitova asiakirja, joka kuvaa luotuja velvoitteita sopimusosapuolien välillä. Erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa on myös sovittava sopimuksen noudattamatta jättämisen seuraamuksista. Järjestämissuunnitelmassa ei tällaista ole sillä se ei ole osapuolia sitova asiakirja.

Järjestämissuunnitelmien tarkoituksena “on vahvistaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymään kuuluvien kuntien yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä sekä perusterveydenhuollon palvelujen ja sairaanhoidon kokonaisuuden toteuttamisessa terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kanssa” (STM 2011, 2). Sosiaali- ja terveysministeriön perusteluissa lain yleisistä säännöksistä todetaan myös, että “yhteistyötä myös alueen muiden julkisten ja yksityisten toimijoiden sekä järjestöjen kanssa on tarkoitus vahvistaa” (STM 2011, 2). Perusteluissa painotetaan vahvasti yhteistyötä ja mahdollisuuksia sen syventämiseksi. Muistion yleisessä osuudessa yhteistyön painotus muotoillaan että “suunnitelman avulla voitaisiin edistää alueellista yhteistoimintaa järjestämisessä ja tuottamisessa sekä palvelujen yhteensopimisessa” (STM 2011, 1). Järjestämissuunnitelmien painopisteenä onkin siis yhteistyön ja yhteistoiminnan kehittäminen, ja samalla myös palveluiden yhteensovittaminen.

Kuntaliiton yleiskirjeen johdannossa nostetaan myös toinen tärkeä näkökulma esille yhteistyöstä: “Yhteisen suunnitelman avulla voidaan purkaa päällekkäisyyksiä ja porrastaa palvelutoimintaa alueellisesti tarkoituksemukaisella tavalla” (Kuntaliitto 2011, 1). Järjestämissuunnitelmien syntymisestä voidaan nostaa esille ilmeinen havainto, jossa laaditut suunnitelmat nähdään lopputuloksena tarkastelutyölle, jota ei välttämättä suuremmassa mittakaavassa ilman suunnitelmien laadintavelvoitetta tehtäisi. Vaikka valmis suunnitelma-asikirja tarjoaa viranhaltijoille, päättäjille ja myös palveluiden käyttäjille selkeän tietokokonaisuuden, tärkeämmäksi nousee itse työ kartoittaa palvelut ja löytää mahdolliset päällekkäisyydet.

Kuntaliiton yleiskirjeessä painotetaan järjestämissuunnitelmien mahdollisuuksia veloitteen sijaan: “Yhdistämällä asiantuntemuksensa ja voimansa kunnilla on tilaisuus vaikuttaa terveydenhuollon kokonaisuuden kehittämiseen. Nelivuotinen suunnitelma antaa mahdollisuuden todellisten muutosten aikaansaamiseen, kun kehittämisen päämääristä sovitaan yhdessä” (Kuntaliitto 2011, 2). Näkökulma, joka painottaa suunni-

telmasta saatavaa mahdollisimman suurta hyötyä pitkän aikajänteen suunnittelussa, otetaan huomioon myöhemmin valmiiden suunnitelmien vertailussa. Koska eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta on todennut, että järjestämissuunnitelma ei ole sairaanhoitopiirin jäsenkuntia oikeudellisesti velvoittava (StVM 40/2010), on kirjallisen suunnitelman asema yhteistoiminnan suunnitteluvälineenä entistä suurempi,, sillä yhteistoiminnan keinot on aidosti löydettävä, mikäli osapuolet halutaan mukaan suunnittelun jälkeiseen varsinaiseen yhteistoimintaan palvelujen kehittämiseksi.

Tarkastelussa huomioon otettavat asiat

Tässä tarkastelussa huomioon otettavat asiat ovat valikoituneet mukaan tarkasteluun perusterveydenhuollon kehittämisen näkökulmasta. Kaikkia lain ja asetuksen vaatimia sisältöjä ei ole otettu mukaan siitä syystä, että asioita käsitellään usein kokonaisuuksina ja lopputuloksen mielekkyyden takia sisältö on rajattu nykyiseen muotoonsa.

Kaikki Terveys- ja hyvinvointilain järjestämissuunnitelmia koskevat muotoilut on otettu huomioon tarkasteluissa. Terveys- ja hyvinvointilain 34 §:n mukaan:

”Suunnitelmassa on sovittava kuntien yhteistyöstä, terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuutahoista, terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä, päivystys-, kuvantamis- ja lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista sekä tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalihuollon, lasten päivähoidon, lääkehuollon ja muiden toimijoiden kesken”. (Terveys- ja hyvinvointilaki 1326/2010)

Valtioneuvoston asetuksen 337/2011 mukaan suunnitelman on otettava huomioon myös muita asioita, joista tämän tarkastelun osalta mukaan ovat valikoituneet väestön palvelutarpeen arviointi, kuntien välinen yhteistyö, perusterveydenhuollon yhteistyö, perusterveydenhuollon kehittäminen ja sen tueksi tehtävä tutkimus, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö, kiireellinen sairaanhoito ja yhteistyö muiden toimijoiden kanssa. Asetuksen pykälät sisältävät myös tarkempia sisältövaatimuksia, joista tässä tarkastelussa huomioon on otettu yhteistyö laadunhallinnassa ja potilasturvallisuudessa, Terveys- ja hyvinvointilain 3 § 2:n kohdassa mainittujen palveluiden toteuttaminen, miten suunnitelmassa vastataan väestön perusterveydenhuollon tarpeeseen ja miten vastuut hoitoketjujen tai alueellisten hoitosuunnitelmien toteuttamiseksi jakautuvat.

Tarkastelussa on haettu jokaisen mainitun sisällön osalta hyviä ja innovatiivisia käytäntöjä ja pyritty antamaan yhteenvedävä katsaus kaikista suunnitelmista ja niiden sisällöistä näiden lähtökohtien perusteella. Jokaisen suunnitelman yhteenvedon jälkeen mainittujen kohtien toteutuminen on esitetty taulukkomuodossa. Taulukon vasemmassa reunassa on merkintä, mikäli asia on käsitelty niukasti. Keskellä merkintä mikäli asia on käsitelty kuten Terveys- ja hyvinvointilain ja sitä tukevassa asetuksessa 337/2011 on vaadittu. Oikealla on merkintä, mikäli asia on käsitelty kirjoittajan mielestä laajasti. Taulukon tarkoituksena ei ole osoittaa suunnitelman puutteita vaan kehittämiskohteita ja samalla antaa palautetta onnistuneista asioista.

Tarkastelussa viitataan vuorollaan alkuperäisistä järjestämissuunnitelmista löytyviin tekstimuotoiluihin. Kaikki viittaukset ovat muotoa ”viittaus” (HUS-Lohja, 23), mikä tarkoittaa, että lainausmerkkien sisällä oleva muotoilu on alkuperäistä järjestämissuunnitelman muotoilua ja alueen jälkeen oleva numero indikoi alkuperäisen järjestämissuunnitelman sivua, jolta lainaus löytyy.

Järjestämissuunnitelmien tarkastelut alueittain

Tarkastelussa mukana olevat suunnitelmat ovat valikoituneet suunnitelman saatavuuden ja kesken olevan suunnitelmakauden perusteella. Tarkastelun lähtökohdat on haluttu pitää samana, mistä syystä Päijät-Hämeen edellisen valtuustokauden järjestämissuunnitelmaa koskeva tarkistus ei ole mukana tarkastelussa. Tarkastelun kirjoittamishetkellä kaikki suunnitelmat eivät olleet vielä valmistuneet, joten osa on jäänyt tarkastelun ulkopuolelle tästä syystä.

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2013-2016 – HUS Lohjan sairaanhoitoalue (Karkkila, Lohja, Siuntio, Vihti)

Kuntien yhteistyöstä on sovittu selkeästi läpi suunnitelman, mutta huomionarvoinen tavoite yhteistyöstä kuntien välillä löytyy Lohjan suunnitelman kappaleesta 3. *Yhteisen sopimisen ja kehittämisen painopiste-alueet 2013-2016*:

”Laaditaan yhdenmukaiset terveys- ja hoitosuunnitelmat [...] Sovitaan yhdenmukaisesta kirjaamisesta lähet-
teisiin ja palautteisiin ja sovitaan lähetteen ohjaus HUS:n sisällä” (HUS Lohja, 22).

Suunnitelmassa painotetaan potilaan valinnanvapauden tuomien muutosten huomioon ottamista, mikä oh-
jaa kuntien yhteistyötä vahvasti jatkossa. Keskeinen kuntien yhteistyötä ohjaava hanke HUS:n alueella on
Apotti-tietojärjestelmähanke, josta lisätietoa löytyy kappaleesta 3.3. *Tietojärjestelmät*. Lohjan suunnitel-
man keskeiset tavoitteet on lueteltu sivulla 3. Näistä yksi on:

”Sovitaan yhteiset tavoitteet, mittarit ja kehittämiskohteet terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi” (HUS
Lohja, 3)

Muita terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevia kirjauksia ennen varsinaista asialle omistettua kap-
paletta löytyy tilastotietojen muodossa kappaleesta 2.1.2 *Väestön terveys ja hyvinvointi* sekä kappaleessa
2.4 *Toimintaympäristön muutokset*, jossa nostetaan esille keskeisiä toimintaympäristöstä nousevia haasteita,
joita ovat:

”lihavuuden ja liikkumattomuuden lisääntyminen [...] päihdehaitat [...] lasten ja nuorten pahoinvointi [...] nuorten syrjäytyminen [...]” (HUS Lohja, 21).

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä on kuvattu harvinaisen selkeästi varsinaisessa kappaleessa:

”Lohja perusturvatoimi, perusturvakuntayhtymä Karviainen, Siuntion kunta ja HUS Lohjan sairaanhoito-
alue ovat pitkään tehneet yhteistyötä tavoitteenaan painopisteen siirtäminen sairauksien hoitamisesta ter-
veyden edistämiseen” (HUS Lohja, 26).

Vastuista on myös sovittu selkeästi:

”Primaaripreventiosta vastaavat peruskunnat Karkkila, Lohja, Siuntio ja Vihti edistämällä kuntalaistensa
hyvinvointia ja terveyttä strategisilla ratkaisullaan” (HUS Lohja, 26).

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on käsitelty kiitettävästi Lohjan suunnitelmassa, samoin kuin pal-
veluiden järjestäminen, josta tietoa saa hyvin jäsennellyssä muodossa alkaen kappaleesta 2.2. *Palveluver-
kon kuvaus*. Kappaleessa esitetään graafisessa muodossa kuntien palvelujärjestelmien organisaatiokaaviot,
palvelupisteiden yhteystiedot ja paljon muita keskeisiä tietoja palveluiden järjestämisen kannalta (HUS
Lohja, 11-20).

Myös päivystyspalvelut käydään suunnitelmassa kattavasti läpi. Päivystyspalvelut on jaettu terveyskeskus-
päivystyksen lisäksi vanhusten sosiaalipäivystykseen, mielenterveys- ja päihdehuollon päivystykseen, sosi-
aali- ja kriisipäivystykseen sekä suun terveydenhuollon päivystykseen.

Lohjan suunnitelmaan on kirjattu terveyskeskuspäivystyksen osalta kaksi selkeää tavoitetta:

”Toteutetaan yhteispäivystyshanke” ja ”Päivystyksessä käy vain päivystyspotilaita” (HUS Lohja, 28)

Yhteistyötä löytyy myös muista eri päivystyspalveluiden tavoiteosioista. Ensihoitopalveluiden osalta kirjoitetaan:

”Selkeytetään yhteistyörakenteet ja –toimintamallit” (HUS Lohja, 30)

Ja suun terveydenhuollon päivystyksen osalta:

”Pyritään muodostamaan koko HUS-alueen yhteinen virka-ajan ulkopuolinen hammaslääkäripäivystysyksikkö” (Lohja, 30).

Kuvantamispalveluita käsitellään kappaleessa 5.3.2. Yhteistyötä riittää kuvantamispalveluissakin:

”Terveyskeskusten ja HUS-Kuvantamisen edustajat kokoontuvat säännöllisesti yhteistyökokouksiin. Kuvantamisverkoston kehittämissuunnitelmista HUS-Kuvantaminen sopii kuntien kanssa” (HUS Lohja, 32)

Lääkinnällistä kuntoutusta käsitellään selkeästi omassa noin sivun mittaisessa kappaleessaan, jossa kuvataan lääikinnällisen kuntoutuksen nykytila, vastuut ja haasteet. Haasteiden osalta suunnitelmassa kirjoitetaan, että:

”Lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista päättävät muutkin tahot kuten esim. Kela ja vammaispalvelu, vakuutusyhtiöt jne. Yhteistyöstä ja työnjaosta sopiminen monen toimijan kesken on haasteellista” (HUS Lohja, 31)

Haasteiden jälkeen asetetaan kuitenkin hyviä tavoitteita, mm.:

”Selkeytetään hoitovastuut erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä” ja

”Päivitetään säännöllisesti alueellinen apuvälineohje” (HUS Lohja, 31)

Yhteistyö perusterveydenhuollossa rakentuu potilaan laajentuvan valinnanvapauden myötä HUS-alueella, ja koko Suomessa. Kappaleessa 3. *Yhteisen sopimisen ja kehittämisen painopisteet 2013-2016* on alakappale 3.1 *valinnan vapaus*, jonka tavoitteissa on kirjattu perusterveydenhuollon yhteistyön kannalta merkittäviä kohtia:

”Yhtenäistetään terveysaseman vaihtoprosessi, sovitaan mihin kirjataan vaihtotiedot ja kuka säilyttää dokumentit” ja

”Laaditaan yhdenmukaiset terveys- ja hoitosuunnitelmat” sekä

”Sovitaan yhdenmukaisesta kirjaamisesta läheteisiin ja palautteisiin ja sovitaan läheteiden ohjaus HUS:n sisällä”. (HUS Lohja, 22).

Yhteistyöstä erikoissairaanhoidon kanssa taas todetaan, että:

”Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä yhteistyötä kehittämisalueella tehdään eniten raskauteen sekä lapsuuteen ja nuoruuteen liittyvissä somaattisissa palveluissa, lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa sekä lääikinnällisessä kuntoutuksessa” (HUS Lohja, 25)

Tavoitteeksi kappaleessa 3.5 *Lasten, nuorten ja perheiden palvelut* on kirjattu, että

”Selkeytetään lähetekäytännöt ja hoitoketjut” sekä ”organisoidaan konsultaatiotoiminnot” (HUS Lohja, 25)

Yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä laajemmin pohtii suunnitelman mukaan Hiiden terveydenhuoltoryhmä Terry. (HUS Lohja, 35)

Yhteistyötä sosiaalihuollon kanssa on kuvattu kappaleessa 7. *Yhteistyö muiden toimijoiden kanssa*. Kappaleessa kerrotaan, että kaikissa Lohjan sairaanhoitoalueissa sosiaali- ja terveystoimi on yhden toimielimen alaisuudessa yhdessä organisaatiossa ja tämä tukee yhteistyötä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon yhteistyötä. Suunnitelmassa yhteistyötä on pohdittu asiakasryhmien kautta ja suunnitelman muotoilu on asetettu näin:

”Kunnissa ja tarvittaessa myös kuntien kesken on sovittava terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyöstä niin, että erityiset yhteiset asiakasryhmät saavat tarvitsemansa hoidon, kuntoutuksen ja sosiaalitoimen palvelut” (HUS Lohja, 34).

Lääkehuolto on käsitelty valitettavan suppeasti Lohjan suunnitelmassa, tosin alueella HUS-Apteekin lääkekeskus on vahva toimija. Lääkehuoltoa on määrittämässä yksi lause:

”HUS-Apteekin lääkekeskus toimittaa lääkkeitä kaikille Lohjan sairaanhoitoalueen kuntien terveyskeskuskille” (HUS Lohja, 32)

Muiden yhteistyökumppaneiden osalta suunnitelmassa mainitaan muita viranomaisia, joita ei tarkemmin määritellä, sekä yksityis- ja kolmas sektori. Vastuuta annetaan asiassa kunnille:

”Kunnat linjaavat ostopalvelujen ja palvelusetelin käyttö omissa palvelustrategioissaan ja hyödyntävät toistensa kokemuksia niistä” (HUS Lohja, 34).

Kappaleen 7 mainintojen lisäksi yhteistyömuotona on myös oppilaitosyhteistyö. (HUS Lohja 33).

Kappaleessa 2.1 *Palvelutarpeen kuvaus* käsitellään sitä, miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella. Kuten useissa muissa järjestämissuunnitelmissa, yhtenä keskeisenä tekijänä tässä suhteessa on väestön ikärakenteen kehitys. Palvelutarvetta on pohdittu kahden kaavion sekä kahden taulukon kautta, jotka liittyvät väestön demografiseen huoltosuhteeseen, sosiaali- ja terveystoimen nettokustannuksiin sekä terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvevakioituihin menoihin. (HUS Lohja, 6-7)

Erikoisaloittaista palvelujen tarvetta arvioidaan erilaisten sairastavuusindeksien ja PYLL-indeksin kautta. Sivulla 8 esitetään alueen kuntien osalta kansantauti-indeksin tiedot, joissa tauteina ovat diabetes, psykoosit, sydämen vajaatoiminta, nivelreuma, astma, verenpainetauti ja sepelvaltimotauti (HUS Lohja, 8). Palveluita tuottavien yksiköiden tunnuslukuja on esitetty järjestämissuunnitelmassa esimerkiksi käyntien osalta huomattavan tarkasti. Alueen väestön hyvinvointia on tarkasteltu useiden erilaisten tilastojen kautta. Monet näistä tilastoista liittyvät työllisyyteen, koulutukseen ja toimeentulotukeen. Tiedot ovat Sotkanetin tietoja. (HUS Lohja, 9-11).

Potilaan valinnanvapaus näyttelee merkittävää roolia myös siinä miten alueella aiotaan vastata väestön perusterveydenhuollon palvelujen tarpeeseen. Suunnitelmassa nostetaan esille myös Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista eli ns. vanhuspalvelulaki. Lohjan suunnitelmassa otetaan kantaa asioihin, jotka tulevat vaikuttamaan palveluiden järjestämiseen näin:

”Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä tapahtuu lähivuosina suuria muutoksia. Ikääntymisestä johtuva palvelujen kysyntä ja lähitulevaisuudessa työvoimapula vaativat uudenlaisia ratkaisuja mm. hoitoketjujen ohjaamiseen ja asiakaslähtöisten palvelujen räätälöintiin” (HUS Lohja, 21).

Kansanterveysystyö, eli Terveystenhuoltolain 3 § 2:n palvelut on otettu esille Lohjan suunnitelmassa hyvin. Alueen perusturvaorganisaatioiden kaavioista ja niitä avaavista teksteistä palveluiden järjestäminen käy hyvin ilmi. Usein puuttuva ympäristöterveydenhuolto näyttää puuttuvan myös Lohjan suunnitelmasta, mutta organisaatiokaavioiden laatikot eivät avaa palveluitaan tarkemmin eikä tästä palvelusta ole mainintoja. (HUS Lohja, 11-19).

Perusterveydenhuollon kehittäminen ja yhteistyö käydään Lohjan järjestämissuunnitelmassa läpi laajasti. Kappaleessa 8.1 *Perusterveydenhuollon tutkimus ja kehittäminen*. Vastuuta asiasta annetaan perusterveydenhuollon yksikölle:

”Jatkossa, jäljempänä kuvattavalla HUS:n perusterveydenhuollon yksiköllä tulee olla keskeinen asema perusterveydenhuollon tutkimuksen ja kehittämistyön koordinoinnissa” (HUS Lohja, 34)

Kehittämistyössä on ollut haasteita, jotka otetaan avoimesti esille Lohjan suunnitelmassa:

”Toiminnan hankemuotoisuus, sirpaleisuus ja osin päällekkäisyys ovat johtaneet siihen, ettei välttämättä hyviäkään tuloksia ole pystytty juurruttamaan käytäntöön” (HUS Lohja, 34).

Yhteistyötä perusterveydenhuollon kehittämisessä tehdään suunnitelman mukaan sosiaalialan osaamiskeskus Sosiaalitalo Oy:n kanssa sekä erilaisissa hankkeissa monien toimijoiden kanssa. Hankkeita on kuvattu sivuilla 36-37. Suunnitelman lopussa viitataan myös Rohto-toimintaan:

”Rohto-verkoston pohjalta muodostunut kehittäjäverkosto linkitetään vahvasti perusterveydenhuollon yksikköön ja liitä luodaan vahva alueellisen kehittämisen tuen verkosto” (HUS Lohja, 37).

Potilasturvallisuutta ja laadunhallintaa käsitellään suunnitelman loppupuolella sivulla 35. Aluksi käydään läpi lainsäädäntöön liittyviä yleisiä asioita, jonka jälkeen käsitellään Lohjan alueen tilaa kyseisissä asioissa:

”Lohjan sairaanhoitoalueen kunnissa lakisääteiset potilasturvallisuussuunnitelmat valmistuvat syksyn 2013 aikana” (HUS Lohja, 35).

Työkaluina potilasturvallisuuden kehittämisessä ovat vaaratilanteiden raportointijärjestelmä HaiPro ja laatuun on kiinnitetty huomiota asiakastytytyväisyyskyselyiden, itsearviointien ja johdon katselmusten avulla. (HUS Lohja, 35).

Hoitoketjuille ei ole omistettu omaa kappalettaan Lohjan suunnitelmassa, mutta ketjuista on lukuisia mainintoja suunnitelman eri osioissa. Hoitoketjuista yleisellä tasolla todetaan, että:

”Yleisimmistä sairauksista on yhteisesti laadittu hoitoketjuja, joiden yhtenä osana ovat kiireettömän hoidon yhtenäiset perusteet sekä työnjako perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä” (HUS Lohja, 35)

Vaikka hoitoketjut ovat usein yhteistyön tavoite, voivat ne olla myös yhteistyön lisäämisen väline. Lohjan alueella kuntoutus on tästä esimerkkinä, jossa hoitoketjukuvauksia on tehty yhteistyössä kuntien kesken (HUS Lohja, 31).

Kokonaisuutena Lohjan järjestämissuunnitelma on onnistunut. Suunnitelma antaa erittäin kattavat tiedot palveluiden järjestämisen nykytilasta alueella. Informatiiviset kuvat organisaatioista ja tarkat tiedot palvelupisteistä ja niiden käytöstä tuovat konkreettista tietoa lukijalle. Yhteistyö eri tasoilla ja eri toimijoiden kesken on huomioitu hyvin suunnitelmassa. Lääkehuollon ja hoitoketjujen osalta tietoa voisi suunnitelmassa olla enemmän.

Taulukko 1. HUS-Lohjan yhteenvetotaulukko.

	Asia on käsitelty suunnitelmassa niukasti	Asia on käsitelty suunnitelmassa lain ja asetuksen edellyttämällä tavalla	Asia on käsitelty suunnitelmassa laajasti
Sovittu kuntien yhteistyöstä			x
Sovittu terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuuta-hoista			x
Sovittu terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä			x
Sovittu päivystyspalveluista			x
Sovittu kuvantamispalveluista		x	
Sovittu lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon kanssa			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä erikois-sairaanhoidon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä sosiaali-huollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä lääke-huollon kanssa.		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa		x	
Sovittu miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella		x	
Sovittu miten erikoisaloittaista palvelujen tarvetta ja näihin vaikuttavia tekijöitä arvioidaan alueella			x
Sovittu miten sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella vastataan väestön perusterveydenhuollon tarpeeseen			x
Sovittu terveydenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa tarkoitettujen perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä		x	
Sovittu yhteistyöstä perusterveydenhuollon kehittämisessä			x
Sovittu yhteistyöstä laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta alueella		x	
Sovittu miten hoitoketjut tai alueelliset hoitosuunnitelmat laaditaan yhteistyössä ja miten niiden toteutumista seurataan		x	

HUS Hyvinkään sairaanhoitoalue – Terveysthuollon järjestämissuunnitelma 2013-2016

HUS-Hyvinkään suunnitelma on kevyt 29 sivuinen 8 kappaleeseen jaettu järjestämissuunnitelma, jonka jokaisessa kappaleessa on napakka tietoisku kyseisen asian nykytilasta ja keskeisistä ajankohtaisista asioista, jonka jälkeen aiheista on esitetty konkreettiset tavoitteet kaudelle 2013-2016. Suunnitelman neljässä liitteessä on lisätietoa varsinaisen tekstiosuuden täydennykseksi.

Kuntien yhteistyön yksi vahva esimerkki löytyy psykiatrian avohoidosta:

”Psykiatrian avohoitoa on uudistettu 2000-luvulla. Järvenpään, Mäntsälän ja Tuusulan avohoito yhdistettiin hallinnollisesti yhdeksi JMT-poliklinikaksi” (HUS-Hyvinkää, 17).

Yhteistyötä kuntien kesken tehdään yhteistyöfoorumeilla, joista on esimerkkejä kappaleessa *6.1 Yhteistyöfoorumit, roolit ja vastuut*. Yksi tällainen foorumi on kuntien sosiaali- ja terveysjohtajien foorumi (HUS-Hyvinkää, 25). Kuten monilla muillakin alueilla, henkilöstön riittävyys tai riittämättömyys on ajanut kuntia yhteistyöhön. Hyvinkään suunnitelmassa asiasta on kirjaus:

”Nykyistä aktiivisempi alueellinen henkilöstösuunnittelu resurssien varmistamiseksi koko sairaanhoitoalueella on välttämätöntä” (HUS-Hyvinkää, 28).

Terveysten ja hyvinvoinnin edistäminen on käsitelty tehokkaasti muutaman sivun mittaisessa kappaleessa. Yhteistyön kannalta tärkein huomio liittyy kuntarajat ylittäviin tavoitteisiin, ja näitä tavoitteita tulee pyrkiä saavuttamaan poikkihallinnollisin keinoin. Terveysten edistämisen kappaleessa on kuvattu promootion ja kolmen eri tason prevention kautta (kuva 9, sivu 11). Näiden neljän tason kautta on asetettu myös terveysten ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet. (HUS-Hyvinkää, 12).

Palveluiden järjestämistä ei ole käyty läpi syvällisesti Hyvinkään suunnitelmassa, mutta suunnitelman tiivistelmässä painopiste on valittu:

”Pääpaino on yhteisten ja lähipalvelujen kehittämiseen liittyvässä tavoiteasetannassa, ei niinkään kuntien ja erikoissairaanhoidon palvelujen tarkassa kuvaamisessa” (HUS-Hyvinkää, 2).

Suunnitelman liitteessä *1. Palveluverkoston kuvaus/käytön kuvaus*. Hyvinkään sairaanhoitoalue löytyy kuitenkin paljon selkeää tietoa palveluiden käytöstä ja liitteestä *4. Erikoislääkäritoiminta Hyvinkään sairaanhoitoalueen kunnat 2012* käy ilmi eri erikoisaloittaiset palvelut ja niiden järjestäminen.

Kappaleessa *5.2 Päivystys ja akuuttihoito* käsitellään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystykset. Kappaleesta saa nopeasti hyvän kuvan palveluiden järjestämisestä ja päivystyksen tavoitteisiin on kirjattu uuden akuuttilääketieteen erikoisalan tuomat muutokset:

”Tavoite on, että uusi erikoisala ottaa laajalti vastuun somaattisesta etupäivystyksestä. Yhteispäivystyksessä on tarkoitus päästä kokonaan eroon ulkoistetusta lääkäriyövoimasta vuoteen 2016” (HUS-Hyvinkään, 16).

Yhteispäivystys on myös muuttanut kuntien päivystyksen järjestämisen tapoja, samoin kuin STM:n uudet linjaukset:

”Tavoite on, että yhteispäivystys hoitaa vain STM:n päivystystyöryhmän määrittämiä päivystyspotilaita, muu kiireellinen hoidon tarve tyydytetään kuntien oman virkatyön tarpeellisilla uudelleen järjestelyillä” (HUS-Hyvinkää, 16).

Kuvantamispalvelut on käsitelty suunnitelmassa kokonaisuudessaan näin:

”HUS Kuvantaminen tuottaa Hyvinkään, Järvenpään ja Mäntsälän kuvantamispalvelut tällä hetkellä. Tuusulalla on neuvottelut ulkoistamisesta käynnissä” (HUS-Hyvinkää, 25).

Lääkinnällinen kuntoutus on saanut hieman enemmän tilaa suunnitelmasta kuin kuvantamispalvelut. Alueella tarjottavien kuntoutuspalveluiden nykytila käydään läpi hyvin ja yhteistyötä on jo tehty isommassa mittakaavassa:

”Alueella on vaativaan laituskuntoutukseen erikoistunut, kuntien yhteishankkeena vuonna 2008 perustettu Kiljavan sairaala” (HUS-Hyvinkää, 20).

Tulevaisuuden kehittämisestä suunnitelmassa kirjoitetaan:

”Tavoitteena on, että lääkinnällisen kuntoutuksen toimintamallit erityisvastuualueella olisivat mahdollisimman yhdenmukaisia ja sen vuoksi sopimuksessa mukana olevat tahot perustuvat yhteisen kehittämissuunnan laatimaan yhteisiä käytäntöjä lääkinnällisen kuntoutuksen toiminnoille erityisvastuualueella sekä erityisten potilasryhmien kuntoutuspalveluille” (HUS-Hyvinkää, 20).

Lääkinnällinen kuntoutus on käsitelty laajasti suunnitelmassa ja on Hyvinkään suunnitelman vahvuusalue. Kehitys valinnanvapaudessa perusterveydenhuollossa näkyy Hyvinkään suunnitelmassa, kuten useissa muissa järjestämissuunnitelmissa. Kappaleen 4.1 *Kiireettömän hoitopaikan valinta* tavoitteet-osiossa kirjoitetaan, että:

”Vuoden 2013 aikana valmistellaan esitykset yhdenmukaistettavista perusterveydenhuollon ohjeistuksista ja toimintatavoista koskien potilaan kiireettömän hoitopaikan valintaan ja järjestämiskaudella seurataan perusterveydenhuollon palvelujen sisältöä alueellisesti ja pyritään yhtenäiseen tuotteistukseen” (HUS-Hyvinkää, 13).

Yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa löytyy ainakin mielenterveyspalveluista, joissa alue on kunnostautunut. Samassa yhteydestä löytyy myös yhteistyötä sosiaalihuollon kanssa, sillä suunnitelman mukaan vuonna 2009 Hyvinkäällä on toimintansa aloittanut psykososiaalisten palveluiden yksikkö, johon on yhdistetty toimintaa psykiatrian, A-klinikan ja valistuspalveluiden yksiköstä (HUS-Hyvinkää, 17).

Lääkehuolto on käsitelty kevyesti, kokonaisuudessaan näin:

”HUS-Apteekilla on valmius ottaa kuntien lääkehuolto, mahdolliset ratkaisut kuntakohtaisin päätöksin” (HUS-Hyvinkää, 25).

Yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa käydään läpi koulutusyhteistyön käsittelyn yhteydessä:

”Kuntien ja oppilaitosten välisillä yhteistyöfoorumeilla luodaan yhteinen näkemys henkilöstötarpeiden muutoksista” ja ”Kuntakohtaisten tarpeiden lisäksi alueelliset tarpeet voitaisiin kanavoida nykyistä tehokkaammin oppilaitosyhteistyöhön” (HUS-Hyvinkää, 28).

Perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan Hyvinkään sairaanhoitoalueella suunnitelman mukaan muuan muassa sairastavuusindeksin avulla. Suunnitelmassa viitataan liitteeseen 3, josta löytyy tarkempia indikaattoritietoja. Hyvinvointikertomusta ja hyvinvointi-indikaattoreita käsittelevän kappaleen tavoitteista löytyy seuraava linjaus:

”Suunnitelmakaudella kehitetään erillisenä projektina sekä alueellisen terveystalouden suunnitteluun että palveluketjujen johtamiseen ja ohjaukseen tarvittavaa tietopohjaa.” (HUS-Hyvinkää, 10).

Liitteestä 3 löytyy hyvin tietoa eri väestöryhmien terveydestä. Tieto-osiot on jaettu lapsiin ja lapsiperheisiin, nuoriin, työikäisiin ja ikäihmisiin. Tietoja on havainnollistettu värikoodein. Liitteestä 1 löytyy tietoa erikoissairaalaisista tarpeista, vaikkakin monet näistä liittyvät suoraan perusterveydenhuoltoon. Erikoissairaalaisista palvelutarvetta on käsitelty myös ikääntyneiden alueellisen palvelutarvekehityksen yhteydessä sivulla 8 ja kuntien mielenterveysindeksin osalta sivulla 17.

Perusterveydenhuollon palvelutarvetta ja siihen vastaamista on käsitelty Hyvinkään suunnitelmassa erityisesti mielenterveyspalveluiden osalta. Päihde- ja mielenterveydenhuollon osalta suunnitelmaan on kirjattu, että:

”Avohoitopainotteisuutta on lisätty perustamalla erilaisia liikkuvia toimintamuotoja, uudistamalla lääkärin ja erityiskoulutettujen hoitajien työnjakoa sekä siirtämällä resursseja pitkistä terapioiden yhtä vaikuttaviin tai vaikuttavampiin lyhytterapiamuotoihin” (HUS-Hyvinkää, 17).

Jo mainittu kiireettömän hoitopaikan valinta tuo tullessaan kehitystä perusterveydenhuollon palveluiden kehittämiseen. Tämä muutos valinnanvapaudessa on otettu huomioon Hyvinkään alueen suunnitelmassa. Terveystalouden 3 § 2:n palveluista Hyvinkään suunnitelmassa erityistä huomiota saavat päihde- ja mielenterveyspalvelut. Palveluiden tavoitteita on listattu peräti reilun sivun verran kuntien mielenterveyspalveluita käsittelevän kappaleen päätteeksi. Tavoitteissa on maininta REFINEMENT-hankkeesta, jonka avulla saadaan esiin rakenteellisia kehittämistarpeita, näistä on mainittu:

”Sen mukaan kehittämiskohteita ovat ennen kaikkea sairaalan käytön vähentäminen nuorilla ja nuorilla aikuisilla (alle 24-vuotiailla potilailla), informaatiota ja ohjausta tarjoavien matalan kynnyksen palveluiden lisääminen sekä resurssien siirtämistä laitoshoidosta sekä erikoissairaanhoidon että kunnan omaan avohoittoon” (HUS-Hyvinkää, 18).

Työterveyshuollosta on kirjattu, että:

”Alueellisesti järjestettävästä työterveyshuollosta tehtiin selvitys edellisellä järjestämiskaudella, mutta työterveyshuoltopalvelut järjestetään edelleen kunkin kunnan omana toimintana” (HUS-Hyvinkää, 25)

Ympäristöterveydenhuollosta taas:

”Hyvinkään sairaanhoitoalueella ympäristöterveydenhuollossa toimii alueellinen yksikkö osana teknistä toimialaa” (HUS-Hyvinkää, 25).

Perusterveydenhuollon kehittämistä on käsitelty melko niukasti suunnitelmassa. Kehittämistä kuitenkin löytyy esimerkiksi LOVE-koulutuksesta:

”Hoitohenkilöstön lääkehoidon osaamista on vahvistettu sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa Lääkehoidon osaaminen verkossa (LOVe) – koulutuksin. Hoitajareseptin käyttöönottoa tulee edistää ja systemaattisesti seurata” (HUS-Hyvinkää, 28).

Potilasturvallisuuteen ja sen kehittämiseen on suunnitelmassa paneuduttu huomattavasti vahvemmin. Yleisiä periaatteita ja nykytilaa kuvataan sivun verran ja tätä seuraa tavoitteet-osio, jossa lukee esimerkiksi:

”Potilasturvallisuussuunnitelmat laaditaan yhtenäisellä sisältörakenteella, joka noudattaa HUS:ssa laadittujen potilasturvallisuussuunnitelmien periaatteita” (HUS-Hyvinkää, 27).

”Alueellista Haipro-järjestelmän käyttöä laajennetaan siten, että potilaalle tapahtuvia haittatapahtumia voidaan ilmoittaa ja raportoida myös yli organisaatorajojen (perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköiden välillä)” (HUS-Hyvinkää, 27)

”THL:n verkkokoulutus potilasturvallisuusasioissa otetaan harkinnan mukaan käyttöön HUS:n lisäksi myös alueen kunnissa” (HUS-Hyvinkää, 27).

Laadunhallinta on kuitenkin vielä alkutekijöissä:

”Yhteiset tavoitteet laadunhallinnan osalta suunnitellaan sen jälkeen kun potilasturvallisuustavoitteiden täytäntöönpano on toteutunut” (HUS-Hyvinkää, 27).

Hoitoketjuja ja yhteistyötä käsitellään kappaleessa *5.1 Palvelu- ja hoitoketjut*. Kappaleessa on käsitelty laajasti hoitoketjujen vastuita ja kehittämistä. Kappaleessa kuvataan viime vuosina alueella tehty työ liittyen hoitoketjuihin ja kappaleen tavoitteet osiossa pohditaan tulevaisuutta ja linjataan vastuita:

”Luodaan palvelu- ja hoitoketjujen sähköiseen julkaisuun yksi yhteinen alueellinen toimintamalli sekä yhteinen sähköinen alusta johtamisen tueksi ja kliinisen toiminnan tiedonhallinnan avuksi” (HUS-Hyvinkää, 14).

Kokonaisuutena Hyvinkään alueen suunnitelmasta löytyy kehittämiskohteita. Etenkin perusterveydenhuollon kehittäminen ja muutamat tukipalvelut voisivat saada enemmän pohdintaa suunnitelman sivuille. Suunnitelma on kuitenkin napakan mittainen ja rakenteeltaan toimiva. Lääkinnällinen kuntoutus ja potilasturvallisuus ovat suunnitelman vahvuuksia.

Taulukko 2. HUS-Hyvinkään yhteenvetotaulukko.

	Asia on käsitelty suunnitelmassa niukasti	Asia on käsitelty suunnitelmassa lain ja asetuksen edellyttämällä tavalla	Asia on käsitelty suunnitelmassa laajasti
Sovittu kuntien yhteistyöstä		x	
Sovittu terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuuta-hoista		x	
Sovittu terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä		x	
Sovittu päivystyspalveluista		x	
Sovittu kuvantamispalveluista		x	
Sovittu lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä erikois-sairaanhoidon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä sosiaali-huollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä lääke-huollon kanssa.		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa		x	
Sovittu miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella			x
Sovittu miten erikoisaloittaista palvelujen tarvetta ja näihin vaikuttavia tekijöitä arvioidaan alueella		x	
Sovittu miten sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella vastataan väestön perusterveydenhuollon tarpeeseen		x	
Sovittu terveydenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa tarkoitettujen perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä			x
Sovittu yhteistyöstä perusterveydenhuollon kehittämisessä		x	
Sovittu yhteistyöstä laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta alueella			x
Sovittu miten hoitoketjut tai alueelliset hoitosuunnitelmat laaditaan yhteistyössä ja miten niiden toteutumista seurataan			x

HUS/ HYKS-alueen kuntien terveydenhuollon järjestämissuunnitelma v. 2013-2016

HYKS-alueen terveydenhuollon järjestämissuunnitelma on tiivis 27 sivun paketti, joka on jaettu 11 kappaleeseen. Suunnitelman viimeiseen kappaleeseen on kerätty suunnitelman eri osioissa kirjatut konkreettiset toimenpide-ehdotukset suunnitelmakaudelle.

Kuntien yhteistyöstä on sovittu kappaleessa 4. *Kuntien välinen yhteistyö*, joka jakautuu 12 alakappaleeseen. Yleisesti yhteistyöstä todetaan, että:

”HYKS-alueen kunnat tekevät tiivistä yhteistyötä. Järjestämissuunnitelmakaudella kuntien välistä yhteistyötä tiivistetään entisestään. Pääkaupunkiseudun sosiaali- ja terveystoimen johdon (PKS-Soster) kokouksissa käsitellään merkittäviä yhteisiä sosiaali- ja terveydenhuollon asioita” (HYKS, 9).

Konkreettisia toimenpiteitä esitetään alakappaleissa useita, joista esimerkkeinä:

”Kunnat suunnittelevat kuntalaisten informoinnin valinnanvapaudesta ja vaihtoprosessista yhdenmukaisesti” (HYKS, 13) ja

”HYKS-alueen kunnan sopivat yhdenmukaisen laskutuskäytännön kuntarajat ylittävään terveydenhuoltoon, mikäli valtakunnallisia ohjeita ei ole käytössä” (HYKS, 13).

Myös terveyden edistäminen löytyy kappaleen 4 alakappaleista. Suunnitelmassa viitataan toiseen asiakirjaan, HUS-alueen terveyden edistämisen järjestämissuunnitelmaan vuosille 2012-2016. Vastuuta HYKS-alueen suunnitelmassa annetaan perusterveydenhuollon yksikölle ja summataan terveyden edistämistä:

”Kaikki kunnat huolehtivat terveydenhuoltolain mukaisista terveyden edistämisen toimenpiteistä. Perusterveydenhuollon yksikkö koordinoi kuntien terveyden edistämisen vastuuhenkilöiden yhteistyöverkostoa” (HYKS, 11)

Palveluiden järjestämistä on käyty läpi HYKS-alueen suunnitelmassa eri palveluiden järjestämisen kautta, esimerkiksi päivystyspalveluiden ja työterveyspalveluiden kautta. Suunnitelmassa ei kuitenkaan avata tuotantoon liittyvien palvelupisteiden määrää tai sijaintia kokonaisuutena, vaikka tietoja löytyy yksittäisten kuntien osalta suunnitelman eri kohdista. Järjestämissuunnitelmalle annetaan vahvaa roolia toiminnan ja talouden ohjauksen välineenä suunnitelman sivulla 19. Suunnitelman alkupuolelle on myös kerätty kuntien keskeisiä strategisia painopistealueita jokaisen kunnan osalta. Näissä palveluiden saatavuuden ja hoitoon pääsyn parantaminen esiintyy usein. (HYKS, 8).

Päivystyspalvelut on käsitelty HYKS-alueen suunnitelmassa selkeästi ja kattavasti. Palveluiden järjestäminen on käyty läpi kunnittain antaen samalla tietoa mihin pisteisiin päivystykset on keskitetty ja suunnitelmassa käydään läpi myös psykiatrinen päivystys (s. 23), suun terveydenhuollon päivystys (s. 23-24) sekä sosiaali- ja kriisipäivystys (s.24). Yhteistyötä myös löytyy:

”Helsingillä, Espoolla ja Vantaalla on yhteinen sosiaali- ja kriisipäivystystoiminnan valmiustyöryhmä, joka on laatinut psykososiaalisen tuen järjestämisen periaatteet Pääkaupunkiseudulla” (HYKS, 24).

Päivystyksen osalta tavoitteet ovat selvät:

”Päivystyksen tavoitteena on, että päivystysklinikat keskittyvät vain päivystyspotilaiden hoitoon” (HYKS, 22).

Kuvantamispalvelut on käsitelty kolmasosasisivun mittaisessa kappaleessa sivulla 9. Yhteistyötä löytyy yllättävän paljon, vaikka asian käsittely antaa niukan ensivaikutelman:

”Terveyskeskusten ja HUS-Kuvantamisen edustajat kokoontuvat säännöllisesti yhteistyökokouksiin. Kuvantamisverkoston kehittämissuunnitelmista HUS-Kuvantaminen neuvottelee kuntien kanssa” (HYKS, 9)

Tiiviissä kappaleessa kerrotaan myös, että HUS-alueen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon asiakkaat voivat valita tutkimuspaikkansa kuntarajoista riippumatta kun kyseessä on röntgentutkimus. (HYKS, 9).

Lääkinnällinen kuntoutus on käsitelty suunnitelman loppupuolella omana kappaleenaan. Palvelun järjestämisestä todetaan selkeästi, että:

”Lääkinnällinen kuntoutus järjestetään siten, että se muodostaa toiminnallisen kokonaisuuden potilaan tarpeenmukaisen hoidon kanssa. Kuntoutus järjestetään joko perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa saman työnjaon ja porrastuksen mukaan kuin muukin sairaanhoito” (HYKS, 22).

Yksi suunnitelman kolmestatoista toimenpide-ehdotuksesta koskee lääkinällistä kuntoutusta:

”Kuntien ja HUS:n välistä yhteistyötä lääkinällisessä kuntoutuksessa lisätään ja laaditaan yhteneväiset apuvälineiden ja hoitotarvikkeiden saatavuusperusteet” (HYKS, 22).

Perusterveydenhuollon yhteistyötä käsitellään HYKS-alueen suunnitelmassa mielenkiintoisen kehittämisidean kautta:

”Helsingissä, Espoossa, Kirkkonummella ja Vantaalla on suunniteltu terveysasemaverkoston kehittämistä. Joissakin (Espoon lisäys) suunnitelmissa on ollut terveysasemien keskittäminen suurempiin yksiköihin palveluvalikoiman laajentamiseksi” (HYKS, 12).

HYKS-alueen järjestämissuunnitelman vahvuus löytyy yhteistyöstä erikoissairaanhoidon kanssa ja nimenomaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken. Myös haasteita otetaan suunnitelmassa esille:

”Sovittaessa työnjaosta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on otettava huomioon eri HYKS-kuntien palvelurakenteet huomattavat erot” (HYKS, 19).

Suunnitelmassa jatketaan, että:

”Viime vuosina perusterveydenhuoltoon on siirtynyt huomattavasti aiemmin erikoissairaanhoitoon kuuluneita tehtäviä. Työnjakoa muutettaessa on välttämätöntä, että tämä tapahtuu hallitusti sopien ja huolehtien samalla resurssien ja osaamisen siirtymisestä” (HYKS, 19).

Yhteistyötä aiotaan kehittää myös lähetekäytäntöjen osalta:

”Erikoislääkärikonsultaatioiden monipuolinen toteuttaminen perusterveydenhuollossa on yksi tapa vahvistaa perusterveydenhuoltoa” (HYKS, 21).

HYKS-alueen suunnitelmasta löytyy paljon huomioita yhteistyöhön erikoissairaanhoidon kanssa ja asia on käsitelty kokonaisuutena laajasti suunnitelmassa.

Yhteistyö sosiaalihuollon kanssa nähdään yhteisten asiakasryhmien kautta niin kuin muutamissa muissa terveydenhuollon järjestämissuunnitelmissa:

”Kunnissa ja tarvittaessa myös kuntien kesken on sovittava terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyöstä niin, että erityisesti yhteiset asiakasryhmät saavat tarvitsemansa hoidon, kuntoutuksen ja sosiaalihuollon palvelut” (HYKS, 25)

Yksi toimenpide-ehdotus on myös osoitettu mainitulle asialle:

”Hoitopolkujen mallinnuksessa otetaan erityisesti huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiset asiakkaat, kuten ikäihmiset, mielenterveyspotilaat, päihdepotilaat ja lastenpsykiatriset potilaat” (HYKS, 25)

Suunnitelmassa myös mainitaan, että HYKS-alueen kunnissa sosiaali- ja terveystoimi toimivat yhden lautakunnan alaisuudessa yhdessä ja samassa organisaatiossa, mikä edistää yhteistyötä toimijoiden kesken. (HYKS, 25).

Lääkehuolto ja yhteistyö on käsitelty melko niukasti, mutta selkeästi HYKS-alueen suunnitelmassa. Tekstissä myös kuvataan tapahtumat jotka eivät johtaneet Helsingin sairaala-apteekin ja HUS-apteekin yhdistymiseen. Lääkehuollosta summataan suunnitelmassa:

”HUS:n sairaala-apteekki toimittaa lääkkeitä HYKS-alueen kuntien terveyskeskuksille lukuun ottamatta Helsingin ja Kirkkonummen, joilla on oma sairaala-apteekki” (HYKS, 9).

Yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa käsittää sosiaalitoimen lisäksi yksityissektorin ja kolmannen sektorin. Niiden rooli nähdään julkista sektoria täydentävänä. Tavanomaisten ostopalvelujen lisäksi tekstissä esiintyvät myös palvelusetelit:

”Kunnat linjaavat ostopalvelujen ja palvelusetelien käyttöä omissa palvelustrategioissaan. Kunnat hyödyntävät toistensa kokemuksia ostopalveluissa ja palvelusetelien käytössä” (HYKS, 25).

Suunnitelman viimeinen toimenpide-ehdotus liittyy yksityisiin palveluihin:

”Yksityisten asumispalveluyksikköjen lääketieteellinen hoitovastuu selvitetään ja sovitaan yhteiset menettelytavat” (HYKS, 26).

Tämä liittyy suunnitelmassa mainittuihin epäselvyyksiin lääketieteellisen hoidon järjestämiseen, jos asiakas on sijoitettu toiseen kuntaan pysyvään asumispalveluun (HYKS, 25).

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen tarpeen seuraamiseen on annettu suora vastaus suunnitelman sivulla 6:

”Väestön perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta, työterveyshuollon palvelujen tarvetta sekä erikoisaloittaista palvelujen tarvetta ja näihin vaikuttavia tekijöitä arvioidaan ja seurataan kyselyillä esim. koulu-terveyskysely, aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys sekä asiakastytyväisyyskyselyillä. Erikoissairaanhoidon palveluiden käyttöä seurataan sekä raporttien että tietojärjestelmien avulla (esim. HUS-Total- ja HUSLAB- ja HUS-Kuvantaminen raportit)” (HYKS, 6).

Suunnitelmassa esitetään erittäin hyvä yhteenveto alueen kuntien hyvinvointikertomuksista sekä näiden lisäksi väestön palvelutarpeen arvioinnin tukena erilaisia väestöön liittyviä indikaattoritietoja.

Väestön perusterveydenhuollon palvelujen tarpeeseen vastaaminen on käsitelty suunnitelman alussa mm. näin:

”Ikääntymisestä johtuva palvelujen kysyntä ja tulevaisuudessa työvoimapula vaativat uudenlaisia ratkaisuja mm. hoitoketjujen ohjaamiseen ja asiakaslähtöisten palvelujen räätälöintiin. Näkökulman vaihtaminen niin että kaikessa suunnittelussa lähdetään potilaasta ja potilasryhmistä ja heidän tarpeistaan voi auttaa löytämään uusia tapoja järjestää ja tuottaa terveydenhuollon palveluja tulevaisuudessa” (HYKS, 4)

Muita hyviä lähtökohtia ja painotuksia kuntakohtaisesti esitellään sivujen 8-9 taulukossa 3.2 *Kuntien keskeiset strategiset painopistealueet v. 2013*.

Terveyspalvelulain 3 § 2:n palveluita käydään läpi eri kappaleissa ja alakappaleissa. Yksi mielenkiintoinen palvelumuoto on alakappaleessa 4.8 esitelty terveysterveyspalvelujen neuvontapalvelu, mikä kuitenkin päättyy suunnitelman mukaan 31.12.2014. Muita palveluita perusterveydenhuollon osalta on käyty hyvin läpi suunnitelmassa.

Yhteistyö perusterveydenhuollon kehittämisessä on yksi HYKS-alueen järjestämissuunnitelman vahvuuksista. Kehittämistyön haasteet on nostettu rohkeasti esille:

”Tutkimus- ja kehittämistyön kenttä on hajanainen, hankkeet pieniä, sirpaleisia ja lyhytkestoisia, ja usein hyvienkin tulosten juurruttaminen on jäänyt vähäiseksi rahoituksen loputtua. Monet toimijat saattavat toistaa toistensa hankkeita” (HYKS, 15).

Haasteisiin aiotaan vastata antamalla tutkimuksen ja kehittämisen koordinaatiovastausta perusterveydenhuollon yksikölle, ja:

”Näin pyritään tukemaan eri toimijoiden yhteistyötä, vahvistamaan konsensusta ja osaamista keskeisillä painopistealueilla, koordinoimaan ohjelmallisia, vahvoja ja pitkäkestoisia hankkeita, toiminnan tavoitteellisuutta ja pitkäjänteisyyttä” (HYKS, 16) sekä

”Painopiste siirtyy vähitellen lyhytkestoisista ja sirpaleisista kehittämishankkeista hoitokäytänteitä ja väestön terveyttä edistäviin tutkimuksellisiin hankkeisiin...” (HYKS, 16).

Myös Rohto-toiminta otetaan huomioon toimenpide-ehdotuksena numero 5:

”Rohto-verkoston pohjalta muodostunut kehittäjäverkosto linkitetään vahvasti perusterveydenhuollon yksikköön ja siitä luodaan vahva alueellisen kehittämisen tuen verkosto” (HYKS, 18).

Potilasturvallisuutta ja laadunhallintaa käsitellään kappaleessa 5.1. Potilasturvallisuuden osalta käytössä on HaiPro-työkalu ja sen käyttö aiotaan myös suunnitelman mukaan laajentaa (HYKS, 15). Toisena työkaluna on lakisääteinen potilasturvallisuussuunnitelma. Laadun osalta työkaluja on melko paljon:

”HYKS-alueen kunnissa toimintaa seurataan laadun näkökulmasta asiakastytyväisyyskyselyin, väestökyselyin, työhyvinvointikyselyin, laatumittauksin, johdon katselmuksin, itsearvioinnein, ympäristökertomuksin, toiminnan ja talouden toteumaennusteilla sekä tilinpäätöksiin ja toimintakertomuksien avulla. Toiminnan laadusta raportoidaan vuosittain” (HYKS, 15).

Suunnitelmassa kerrotaan, että valtakunnallista rekisteritietoa käytetään myös potilasturvallisuus- ja laadunhallintatyössä, esimerkiksi koulutustyössä. (HYKS, 15)

Hoitoketjut ovat merkittävässä roolissa HYKS-alueen suunnitelmassa. Monissa yhteyksissä hoitoketjut nähdään integraation välineenä, näitä lainauksia on jo avattu tässä tarkastellussa aiemmin. Yhteistyötä tehdään monilla areenoilla ja näistä yksi on STM:n ja HYKS-alueen kuntien välinen aiesopimus, jossa on selvitetty mm. hoitoketjuihin liittyviä asioita:

”Kuntien ja HYKS:n välisten hoitoketjujen ja hoitokäytäntöjen kehittämistä ja tulosten arvioimista varten hankeryhmä on tehnyt ehdotuksen yhteistyömalliksi. Malliin sisältyvän HYKS-alueen yhteistyöfoorumin muodostaisivat kiertävä puheenjohtaja ja sihteeri sekä jäsenet kunnista ja HUS:sta” (HYKS, 20).

Suunnitelmassa myös kuvataan tarkemmin jo tehtyä työtä:

”Muuan muassa seuraavia keskeisiä hoitoprosesseja on kehitetty: Lonkkamurtumat, haavanhoito, lihavuus, saattohoito, aivoinfarkti sekä monien palveluiden piirissä olevan lapsen ja perheen palveluketju (esim. vastasyntyneen kotiutuminen, maahanmuuttajaperheet, päihdeongelmaiset perheet, raskausajan diabetes, lastenpsykiatria)” (HYKS, 20)

HYKS-alueen suunnitelma on kokonaisuutena tiivis ottaen huomioon alueen väestön koon. Suunnitelman pituus ei kuitenkaan ole keskeistä, jos asiat on esitetty selkeästi. Parannettavaa HYKS-alueen järjestämissuunnitelmaan voisi hakea kuvaamalla palveluiden järjestämistä ja palvelupisteverkkoa perusterveydenhuollossa. Suunnitelmassa hyvää olivat mm. selkeät toimenpide-ehdotukset ja mainio yhteenvedo kuntien hyvinvointikertomuksista.

Taulukko 3. HYKS-alueen yhteenvetotaulukko.

	Asia on käsitelty suunnitelmassa niukasti	Asia on käsitelty suunnitelmassa lain ja asetuksen edellyttämällä tavalla	Asia on käsitelty suunnitelmassa laajasti
Sovittu kuntien yhteistyöstä		x	
Sovittu terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuutahoista		x	
Sovittu terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä		x	
Sovittu päivystyspalveluista			x
Sovittu kuvantamispalveluista			x
Sovittu lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä erikoissairaanhoidon kanssa			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä sosiaalihuollon kanssa			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä lääkahuollon kanssa.		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa		x	
Sovittu miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella			x
Sovittu miten erikoisaloihista palvelujen tarvetta ja näihin vaikuttavia tekijöitä arvioidaan alueella		x	
Sovittu miten sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella vastataan väestön perusterveydenhuollon tarpeeseen			x
Sovittu terveydenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa tarkoitettujen perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä		x	
Sovittu yhteistyöstä perusterveydenhuollon kehittämisessä			x
Sovittu yhteistyöstä laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta alueella		x	
Sovittu miten hoitoketjut tai alueelliset hoitosuunnitelmat laaditaan yhteistyössä ja miten niiden toteutumista seurataan			x

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2013-2016 - HUS Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue

Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen järjestämissuunnitelma käsittää Hangon, Inkoon ja Raaseporin alueen palvelut. Suunnitelma on pituudeltaan 32-sivuinen tehokas paketti, mutta palveluverkon kuvauksen rakenne sekoittaa lukijaa, sillä jokaisesta kunnasta on palveluista kertova yleiskappale, jotka ovat muodoltaan erilaisia ja näitä tietoja täydentävät muiden kappaleiden samoja aiheita käsittelevät osuudet. Liitteissä ei ole suoraan suunnitelmaan liittyviä tietoa, esimerkiksi tilastoja tai muita indikaattoritietoja, vaan luvut käyvät ilmi suoraan suunnitelmasta, mikä on hyvä asia.

Kuntien yhteistyötä on summattu onnistuneesti aivan suunnitelman lopussa. Yhteistyön muotoja on listattu ranskalaisilla viivoilla puolen sivun verran ja konkreettisimmat esimerkit liittyvät kuukausittain kokoontuvaan alueelliseen yhteistyöryhmään, yhtenäisiin hoidon kriteereihin ja alueen perusturvapalveluiden yhteistyöryhmään (HUS-Länsi-Uusimaa, 31)

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä käsitellään myös suunnitelman loppupuolella. Käsittelyssä näkyy HiAP-näkökulma:

”Kaupunki- ja asumissuunnittelulla, kaavoituksella, terveyden- ja sosiaalihuollon palvelujen saavutettavuudella, kulttuuri- ja liikuntapalveluilla sekä monilla muilla arkeen virkistystä tai helpotusta tuovilla toimilla voidaan edistää väestön hyvinvointia ja torjua syrjäytymisriskiä” (HUS-Länsi-Uusimaa, 29).

Länsi-Uudenmaan suunnitelmassa on virkeitä uusia avauksia:

”Myös yhteisölliset kuntalaisten omista lähtökohdista syntyvät vapaaehtoistoimintamuodot ja vertaistuen muodot ovat osoittautuneet vaikuttaviksi” (HUS-Länsi-Uusimaa, 29).

Terveydenhuollon palveluiden järjestäminen on käyty läpi hieman sekavasti suunnitelmassa. Kaikki palvelut käydään hieman eri tavoin läpi kuntakohtaisesti ja palveluita pohditaan kokonaisuutena myös muissa kohdissa. Tietoa kuitenkin löytyy paljon ja palveluiden järjestämistä kuvataan melko yksityiskohtaisesti kertomalla jopa työntekijämäärät toimipistekohtaisesti.

Päivystyspalveluita on käsitelty erikoissairaanhoidon kanssa tehtävän yhteistyön osana. Kappaleessa käsitellään terveyskeskuspäivystystä, erikoissairaanhoidon päivystystä, mielenterveys- ja päihdehuollon päivystystä sekä sosiaali- ja kriisipäivystystä. Kappaleessa yhteistyöstä kerrotaan, että:

”LUS yhteispäivystyshankkeen myötä on tavoitteena siirtyä ympäri vuorokauden ’yhden oven päivystys’ periaattein toimivaan yhteispäivystykseen” (HUS-Länsi-Uusimaa, 25).

Palveluiden kehittämistä halutaan Länsi-Uudellamaalla jatkaa näin:

”Päivystystoimintojen selkiyttäminen ja tarpeenmukainen järjestäminen edellyttää päivystystyöryhmän työn jatkamista ja nivomista helmikuussa 2013 avatun päivystysosaston toiminnan seurantaan sekä ensihoitopalveluihin” (HUS-Länsi-Uusimaa, 25).

Raaseporin kuvantamispalveluista kerrotaan, että ne ostetaan HUS-kuvantamisyksiköstä (s. 14). Hangon ja Inkoon osalta kuvantamisesta ei ole mainintaa. Lääkinnällistä kuntoutusta on käsitelty Raaseporin palveluverkkoa käsittelevässä kappaleessa näin:

”Lääkinnällisen moniammatillisen kuntoutuksen hoitoketjut edellyttävät päivittämistä Meltolan sairaalassa toimineen kuntoutusosaston toiminnan päätyttyä kesällä 2012 vähäisen kysynnän vuoksi. Pyrkimyksenä on,

että asiakas saa kuntoutustarpeensa arvion erikoissairaanhoidossa tai peruspalveluissa” (HUS-Länsi-Uusimaa, 13).

Hangon osalta kuvaus niukempi, mutta siitä käy ilmi, että lääkinnällistä kuntoutusta järjestetään itse ja myös ostetaan ulkopuolelta (s. 15). Inkoon osuudessa kirjoitetaan tulevaisuuden haasteista, esim. kuntouttavien toimintojen ja terapiapalvelujen riittävyys (s. 16). Lääkinnällistä kuntoutusta on käsitelty myös omaa osuutenaan sivulla 26. Kappaleessa on kirjoitettu, että:

”Nykyisten kunnissa olemassa olevien kuntouttavien toimintojen, tilojen, välineiden ja työntekijöiden mahdollisuutta integroitua yhteiseksi kuntoutustoimintoja tuottavaksi tiimiksi alueella arvioidaan” (HUS-Länsi-Uusimaa, 26).

Yhteistyötä perusterveydenhuollossa on listattu muuan muassa kappaleeseen *6.1 Kuntien välinen yhteistyö*. Tässä yhteistyötä alueen perusturvapalveluiden yhteistyöryhmän alle on kirjattu mm. toiminnan, suunnittelun ja talouden seuranta, asiakastytytyväisyyden kehittämistä ja hankintayhteistyötä (s. 31).

Erikoissairaanhoidon kanssa tehtävää yhteistyötä on käsitelty sekä laajasti että tarkasti. Asialle omistetussa kappaleessa käsitellään yhteistyötä erikoisalojen mukaisesti. Yhteistyön välineenä ovat usein olleet myös hoitoketjut, joista esimerkkinä:

”LUS alueella on kuvattu yhteistyössä kuntien perusterveydenhuollon ja HUS LUS kanssa psykiatrian ja mielenterveystyön hoitoketjuja. Palveluketjussa valmiste[i]lla on päihdepotilaan hoitoketju” (HUS-Länsi-Uusimaa, 22).

Sosiaalihuollon kanssa tehtävää yhteistyötä on mainittu olevan perusturvapalveluiden yhteistyöryhmän yhteydessä:

”[M]oniammatillisen työkuultuurin kehittäminen, erityisesti sosiaalialan ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyön lisääminen” (HUS-Länsi-Uusimaa, 31).

Toimintaympäristön muutoksista kertovassa kappaleessa yhteistyötä sosiaalihuollon ja erityisesti sosiaalityön kanssa on taas kuvattu näin:

”Mielenterveys ja päihdeasiakkaiden hoidon osalta tällä integroinnilla tavoitellaan hoidon jatkuvuutta ja tuloksellisuutta. Myös sosiaalityön osaamisen ja resurssien yhdistämistä selvitetään koskien erityisesti moniongelmaisten potilaiden hoidon ja tuen järjestämistä” (HUS-Länsi-Uusimaa, 20).

Lääkehuollosta on hyvä yhteenveto erikoissairaanhoidon kanssa tehtävän yhteistyön yhteydessä:

”Lääkehuolto toimii Hangossa oman apteekin kautta, Inkoossa ja Raaseporissa HUS-Apteekki vastaa lääkkeiden toimituksesta. Länsi-Uudenmaan alueella toimivat kuusi muuta apteekkia ovat myös tärkeitä terveydenhuollon yhteistyökumppaneita” (HUS-Länsi-Uusimaa, 26).

Yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa tuntuu alueella riittävän, sillä alueelle aiotaan perustaa suunnitelman mukaan kolmannen sektorin yhteistyöfoorumi. Kolmannen sektorin toimintavalmiuksia aiotaan parantaa ja kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä hyödyntää kehityshankkeissa:

”Esimerkiksi vertaistukea tarjoavaa ryhmätoimintaa tai kokemusasiantuntijoiden kouluttamista edistetään esimerkiksi järjestöavustuksin” (HUS-Länsi-Uusimaa, 31).

Perusterveydenhuollon palvelutarpeen seurannassa käytetään alueella Tilastokeskuksen väestötietoja ja THL:n sairastavuusindeksiä, jonka lukuja on kirjattu selkeästi suunnitelmaan. Sairastavuusindeksilukuja on viiden vuoden välein jokaisesta alueen kunnasta, mikä kertoo alueen terveyden kehittymisestä. Erikoisaloitaisista tiedoista tulevat esille luvut mielenterveydestä ja dementiaa. (HUS-Länsi-Uusimaa, 10).

Perusterveydenhuollon palvelutarpeeseen vastaaminen on käsitelty onnistuneesti Länsi-Uudenmaan suunnitelmassa. Lähtökohdat ovat hyvät:

”Monipuolisen palvelutarjonnan sekä kolmannen sektorin ja yhdistysten kanssa tehtävän yhteistyön avulla tuetaan yksilön vastuunottoa omasta terveydestään” ja

”Jokainen asiakas saa palvelu- tai hoitosuunnitelman, jota päivitetään säännöllisesti” (HUS-Länsi-Uusimaa, 11).

Asian suhteen yhteistyö on vahvassa asemassa myös erikoissairaanhoidon osalta kuntien strategiatyössä:

”[E]rikoissairaanhoidon resurssien ja käyttöasteen optimointi perusterveydenhuollon tehokkaammalla hyödyntämisellä ja HUS-yhteistyötä parantamalla” (HUS-Länsi-Uusimaa, 11).

Myös valinnanvapaus on otettu hyvin huomioon suunnitelmassa:

”Muodostetaan LUS alueella yhtenäinen terveystaseman vaihtoprosessi, esimerkiksi hoitosuunnitelmien ja muiden tarpeellisten asiakastietojen sujuvan siirtymisen turvaamiseksi asiakkaan mukana” (HUS-Länsi-Uusimaa, 27).

Terveydenhuoltolain 3 § 2:n palveluita on käsitelty järjestämissuunnitelmassa, mutta vain osan kuntien osalta. Esimerkiksi Raaseporin palveluverkon kuvauksessa kerrotaan koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta, ehkäisyneuvonnasta, neuvolatoiminnasta ja mittavasti työterveyshuollosta samoin kuin mielenterveystyöstä (s. 12-13). Muiden kuntien osalta nämä kuvaukset jäivät niukemmiksi.

Perusterveydenhuollon kehittämiseksi tehtävää yhteistyötä on käsitelty omassa osiossaan. Suurimman roolin kehittämisessä saavat hoito- ja palveluketjut, joihin aiotaan luoda tai käyttöönottaa hoitomallit reumasta, diabeteksesta, ylipainosta, astmasta, skitsofreniasta ja depressiosta (s. 23). Myös strategisen tason kehittämistä suunnitelmaan on kirjattu:

”Luodaan kuntien strategioiden mukaiset tavoitteet, mittarit sekä säännöllinen tavoitteiden toteutumisen seurantajärjestelmä (tulokortti) terveydenhuollon toiminnoille” (HUS-Länsi-Uusimaa, 23) ja

”Edistetään sähköiseen toimintaympäristöön kirjaamista (STM, THL, Käypä hoito-suositukset) rakenteellisen sairaskertomuksen mukaisesti” (HUS-Länsi-Uusimaa, 23).

Potilasturvallisuutta käsitellään suunnitelmassa niukasti. Kuntien välisen yhteistyön osalta tämä on nostettu alueen perusturvapalveluiden yhteistyöryhmän agendalle. Laatuun löytyy konkretiaa, sillä suunnitelman mukaan 15D-elämänlaatumittari on kuntien käytössä asiakastytyväisyyskyselyjen yhteydessä (s. 29).

Hoitoketjut on käsitelty Länsi-Uudenmaan suunnitelmassa laajasti kappaleessa *2.1.1 Tärkeimpien potilasryhmien palvelu- ja hoitoketjut asiaa* sekä muissa kappaleissa. Kappaleessa kerrotaan, että jo tehtyjä hoitoketjuja pitää saada paremmin esille ja tavoitteeksi on asetettu, että:

”Asiakas/potilaslähtöinen eheä palvelujärjestelmä, joka tuottaa laadukasta, tuloksellista ja kustannustehokasta hoitoa ja palveluita” (HUS-Länsi-Uusimaa, 22)

Myös vastuut jatkoa varten on kirjattu selkeästi:

”Palvelu- ja hoitoketjut päivitetään vuosittain ja sovitaan erikoissairaanhoidon tai kuntien vastuutoimijoista ja –tahosta (pääsääntöisesti perusterveydenhuollossa)” (HUS-Länsi-Uusimaa, 22).

Kokonaisuutena HUS Länsi-Uudenmaan suunnitelma sisältää hyvät perustiedot alueen palveluista ja niiden järjestämisestä, kehittämisestä ja vastuista. Monet asiat on käsitelty ansiokkaasti, muutamia asioita voisi syventää seuraavaa kertaa varten, esimerkiksi potilasturvallisuutta. Palveluverkoston kuvaus on hieman sekava, mutta kuntia on vain kolme, joten kokonaiskuva selviää. Yhteistyö ja sen erilaiset muodot on Länsi-Uudenmaan vahvuus, mikä on järjestämissuunnitelman tarkoituksen kannalta erittäin hyvä vahvuusalue.

Taulukko 4. HUS-Länsi-Uudenmaan yhteenvetotaulukko.

	Asia on käsitelty suunnitelmassa niukasti	Asia on käsitelty suunnitelmassa lain ja asetuksen edellyttämällä tavalla	Asia on käsitelty suunnitelmassa laajasti
Sovittu kuntien yhteistyöstä			x
Sovittu terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuuta-hoista			x
Sovittu terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä			x
Sovittu päivystyspalveluista		x	
Sovittu kuvantamispalveluista		x	
Sovittu lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä erikois-sairaanhoidon kanssa			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä sosiaali-huollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä lääke-huollon kanssa.		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa			x
Sovittu miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella		x	
Sovittu miten erikoisaloihista palvelujen tarvetta ja näihin vaikuttavia tekijöitä arvioidaan alueella		x	
Sovittu miten sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella vastataan väestön perusterveydenhuollon tarpeeseen			x
Sovittu terveydenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa tarkoitettujen perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä		x	
Sovittu yhteistyöstä perusterveydenhuollon kehittämisessä			x
Sovittu yhteistyöstä laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta alueella		x	
Sovittu miten hoitoketjut tai alueelliset hoitosuunnitelmat laaditaan yhteistyössä ja miten niiden toteutumista seurataan			x

HUS/Itä-Uudenmaan järjestämissuunnitelma vv. 2013-2016

Itä-Uudenmaan järjestämissuunnitelma käsittelee Askolan, Lapinjärven, Loviisan, Pornaisten, Porvoon ja Sipoon kuntien terveydenhuollon yhteistyötä ja nykytilaa. Suunnitelman pituus on 29 sivua. Jokaisen käsittelykappaleen lopussa on esitetty lihavoituna konkreettinen toimenpide tai toimenpiteitä, jotka ovat myös koottu suunnitelman kahdelle viimeiselle sivulle.

Suunnitelma vastaa kysymykseen kuntien välisestä yhteistyöstä suorasti:

”Kuntien välinen yhteistyö toteutuu kunnanjohtajien kokousten, IUTH:n, Itä-Uudenmaan johtavien lääkäreiden, alueen ylihoitajien/ johtavien hoitajien, suun terveydenhuollon esimiesten tapaamisen sekä sosiaali- ja terveysjohtajien kokousten kautta” (Itä-Uusimaa, 22).

Suunnitelmassa käsitellään kuntien yhteistyötä läpi asiakirjan laajasti. Esimerkkejä on otettu esille kappaleessa 3.3.2 *Yhteistyö/yhteistoiminta alueella*. Näitä ovat esimerkiksi yhteispäivystys, ensihoidon järjestämisvastuu, yhteinen terveydensuojelun yksikkö sekä yhteiset apuvälineiden hankinta- ja jakelukriteerit. (Itä-Uusimaa, 10).

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on käsitelty asialle omistetussa kappaleessa 5. Kappaleessa on kuvattu yhteistyön muotoja ja iso määrä konkreettisia keinoja kuten esim. ennaltaehkäisevät hoitoketjut sekä yhteistyön ja tiedonvaihdon edistäminen. Myös terveystieteiden toiminta mainitaan kappaleessa. Kappaleen lopussa on esitetty yksi lihavoituna kirjoitettu toimenpide:

”Luodaan Itä-Uudellemaalle alueellinen toimijoiden verkosto (yhteistyössä HUS:n perusterveydenhuollon yksiköiden kanssa), jonka tavoitteena on terveyden edistäminen ja terveyserojen kaventaminen” (Itä-Uusimaa, 16).

Itä-Uudenmaan suunnitelma onnistuu kiitettävästi kuvaamaan palveluiden järjestämistä alueella. Kappaleessa 3.3 *Palveluverkon kuvaus* on noin kahden sivun mittainen erittäin informatiivinen kuvaus mitä palveluita alueella järjestetään ja kuinka suurella palveluyksikkökapasiteetilla niitä tuotetaan. Kappale antaa lukijalle ymmärrettävän kuvan perusterveydenhuollon palveluista kunnittain.

Päivystyspalveluita käsitellään kappaleessa kuusi. Päivystyspalveluista omat kappaleet on kirjoitettu kiireelliselle sairaanhoidolle, mielenterveys- ja päihdehuollon päivystykselle sekä sosiaali- ja kriisipäivystykselle. Myös ensihoitoa on käsitelty. Päivystyksen osalta Itä-Uudenmaan suunnitelmassa painotetaan kuitenkin yhteispäivystyksen kehittämistä:

”Aito yhteispäivystys synnyttää tiiviimpää yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille. Potilaan ohjaaminen yhteispäivystyksestä hänen kannaltaan oikeaan jatkohoitopaikkaan [...] on haaste” (Itä-Uusimaa, 17).

Toimenpiteeksi on kirjattu:

”Toteutetaan yhteispäivystys, joka kattaa somaattisen päivystyksen lisäksi myös mielenterveys- ja päihdehuollon päivystykset” (Itä-Uusimaa, 21).

Kuvantamispalvelut on käsitelty nopeasti Itä-Uudenmaan suunnitelmassa:

”Loviisa ja Sipoo käyttävät HUS-Lab:n ja HUS-Kuvantamisen palveluja. Porvoolla on oma röntgen ja laboratorio. Askola ostaa röntgenpalvelut Porvoolta ja laboratoriopalvelut HUS-Lab:ltä” (Itä-Uusimaa, 10) Kuntoutusta on käsitelty hieman laajemmin kuin kuvantamispalveluja. Kuntoutuksen osalta suunnitelmassa todetaan mm., että:

”Kuntoutus on nähtävä läpileikkaavana toimintana niin avopalvelujen kuin laitoshoidon osalta” (Itä-Uusimaa, 19) ja

”Ym. syistä olisi tavoiteltavaa, että sairaanhoitoalueelle perustettaisiin myös yhteinen alueellinen kuntoutusyksikkö koordinoimaan ja suunnittelemaan kuntoutustoimintaa” (Itä-Uusimaa, 20).

Kuntoutus on saanut konkreettisista toimenpiteistä useita. Yhteisen alueellisen kuntoutusyksikön lisäksi toimenpiteeksi on kirjattu:

”Laaditaan yhteiset, alueelliset kriteerit apuväline- ja kuntoutusmaksusitoumusten kirjoittamiselle (uusi apuväline tai kuntoutusmuoto hyväksyttävä yhteisesti ennen sen käyttöönottoa)” (Itä-Uusimaa, 21).

Itä-Uudenmaan suunnitelmassa yhteistyölle perusterveydenhuollossa ei ole varattu erillistä kappaletta, sillä painopiste on yhteistyössä, jossa mukana on myös erikoissairaanhoito. Yhteistyötä varmasti löytyy esimerkiksi suurten hankintojen ja hinnoitteluperiaatteiden muodostamisen osalta, mutta yhteistyötä halutaan selkeästi tehdä tuomalla erikoissairaanhoidon osaamista perusterveydenhuollon tasolle. Monialainen yhteistyö onkin Itä-Uudenmaan suunnitelman selkeä vahvuus. Yhtenä painopisteenä suunnitelmassa mainitaan ikäihmisten palveluiden kehittäminen, jota aiotaan viedä eteenpäin käytännössä esim.:

”Perusterveydenhuollon vahvistamiseksi on tarpeen kehittää erikoissairaanhoidon konsultaatiotoimintaa sekä jalkauttaa erikoislääkäreitä alueen terveyskeskuksiin” (Itä-Uusimaa, 14).

Asiaa avataan myös näin:

”Erikoissairaanhoidon lääkäreiden jalkautuminen perusterveydenhuoltoon ja aktiivinen konsultaatiotoiminta vähentävät tarvetta lähettää potilaita erikoissairaanhoitoon, jolloin potilaan turha jonottaminen ja pompottelu eri toimipaikoissa vähenevät.. ” (Itä-Uusimaa, 18)

Toimenpiteinä esitetään myös, että:

”Laaditaan uudet, potilaan näkökulmasta mietityt palvelukokonaisuudet (Perusterveydenhuolto & erikoissairaanhoito yhdessä)” (Itä-Uusimaa, 21) ja

”Selvitetään miten erikoissairaanhoidolle saadaan päivitetty tieto kroonisesti sairaan potilaan vastuulääkäristä perusterveydenhuollossa” (Itä-Uusimaa, 21).

Yhteistyö sosiaalihuollon kanssa nähdään, kuten useissa muissa terveydenhuollon järjestämissuunnitelmissa, yhteisten asiakasryhmien kautta:

”Kuntien terveydenhuollon edustajien on sovittava myös terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyöstä niin, että erityisesti yhteiset asiakasryhmät saavat tarvitsemansa tuen” (Itä-Uusimaa, 23).

Sosiaali- ja terveystoimi ovat yhteisessä organisaatiossa Itä-Uudenmaan kunnissa, mikä helpottaa yhteistyötä. (Itä-Uusima, 23).

Yhteistyöstä lääkehuollon kanssa on mainittu tukipalveluita yleisesti käsittelevässä lauseessa:

”Laboratoriotoiminnan, röntgenin, lääkehuollon ja välinehuollon osalta tavoitteena on alueellinen palvelutuotanto” (Itä-Uusimaa, 20).

Maininta lääkehuollosta löytyy myös palveluverkon kuvauksen yhteydessä:

”Lääkehuollon osalta Loviisalla on omaa toimintaa, Porvoossa, Askolassa, Sipoossa ja Pornaisissa on ostopalvelusopimus HUS-Apteekin kanssa” (Itä-Uusimaa, 11).

Yhteistyölle muiden toimijoiden kanssa on varattu yksi toimenpide-ehdotus:

”Tuetaan Laureaa paikallisena oppilaitoksena” (Itä-Uusimaa, 22).

Yhteistyötä oppilaitosten, yksityissektorin ja muiden viranomaisten lisäksi löytyy mm. kolmannelta sektorilta, jossa:

”Kunnilla on toiminnassa ns. kumppanuusfoorumeja, joissa paikalliset järjestöt on kutsuttu mukaan toimintaan. Esimerkkeinä tällaisesta toiminnasta ovat diabetesneuvosto sekä päihde- ja mielenterveystyön kolmas sektori” (Itä-Uusimaa, 23).

Sivuilla 6-7 on esitetty erittäin hyviä yhteenvetolukuja, jotka antavat tietoa perusterveydenhuollon palvelujen käytöstä. Sivuilta löytyvä taulukko on nimetty ”Hyvinvointikertomusten avainasiat ja johtopäätökset, yhteiset indikaattorit”. Tietoa löytyy neuvolakäynneistä, avoterveydenhuollon lääkärikäynneistä, perusterveydenhuollon lääkärikäynneistä 65 v. täyttäneillä sekä muista keskeisistä palveluista. Suunnitelmassa on myös kirjattu muita harkittavia indikaattoreita, näitä ovat:

”Hoidon saatavuus: kolmas vapaa aika (T3), PTH ja ESH, kiireetön vastaanotto, puhelinvastausprosentti sekä vasteaika” (Itä-Uusimaa, 7) sekä

”Hoitosuunnitelmat kroonisesti sairailta yhteisesti sovituissa sairausryhmissä ja pitkäaikaishoidossa (%)” (Itä-Uusimaa, 7).

Perusterveydenhuollon palvelujen tarpeen seuranta on kuvattu suunnitelmassa laajasti. Samoista indikaattoreista saa myös hyviä tietoja eri erikoisalojen mukaan, esimerkiksi psykiatrian palveluiden käytön ja laitoshoidon osalta. Yhdeksi toimenpiteeksi on kirjattu:

”Seurataan sähköisestä hyvinvointikertomuksesta valittujen indikaattorien välittämää tietoa säännöllisesti” (Itä-Uusimaa, 13).

Itä-Uudellamaalla aiotaan vastata suunnitelman mukaan perusterveydenhuollon palvelutarpeeseen ainakin pohtimalla palvelukokonaisuuksia uudesta näkökulmasta sekä elämäntapaorganisaatioajattelun avulla (Itä-Uusimaa, 22).

Suunnitelmassa todetaan, että:

”Itä-Uudenmaan alueen jäsenkuntien tahtotila on, että yhteisesti kehitetään aivan uusia palvelukokonaisuuksia potilaan lähtökohdista käsin. Esimerkkeinä tämänkaltaisesta toiminnasta ovat mm. läheteet konsultaatioiksi-hanke sekä rintasyöpäepäilypotilaan diagnostiikka ja vastaanotto-hanke” (17)

Suunnitelma sisältää useita hyviä toimenpide-ehdotuksia, joiden avulla perusterveydenhuoltoa voidaan vahvistaa; näissä roolia annetaan paljon jalkautuvalle erikoissairaanhoidolle. Yhteistyötä löytyy suunnitelman sivuilta:

”Alueellinen profiloituminen esim. vuodeosastojen erikoistuminen ja perusterveydenhuollon osastojen sekä erikoissairaanhoidon osastojen tiiviimpi yhteistyö jatkossa parantaisi potilaiden hoitoa, sekä edistäisi myös henkilökunnan oppimista” (Itä-Uusimaa, 17).

Terveystietolain 3 § 2:stä löytyvistä palveluista, jo mainittujen lisäksi, tietoa löytyy kuntien järjestämisvastuulla olevista työterveyspalveluista sivulta 12 ja suun terveydenhuollosta sivulta 20. Palveluverkon kuvauksen yhteydessä monet 3 § 2:n palveluista on esitelty kuntakohtaisesti.

Perusterveydenhuollon kehittämisen ja siihen liittyvän yhteistyön osalta Itä-Uudenmaan suunnitelmasta löytyy osin sanatarkasti samoja lauseita kuin HYKS-alueen suunnitelmasta, esim.:

”Tutkimus- ja kehittämistyön kenttä on hajanainen, hankkeet pieniä, sirpaleisia ja lyhytkestoisia, ja usein hyvienkin tulosten juurruttaminen on jäänyt vähäiseksi rahoituksen loputtua” (Itä-Uusimaa, 24)

Samojen tai samankaltaisten lauseiden joukosta ei kuitenkaan löydy mainintaa esim. Rohto-toiminnasta. Itä-Uudenmaan suunnitelmassa kehittämistyötä yhteenvedetään näin:

”Painopisteen tulisi siirtyä vähitellen lyhytkestoisista ja sirpaleisista kehittämishankkeista hoitokäytänteitä ja väestön terveyttä edistäviin tutkimuksellisiin hankkeisiin” (Itä-Uusimaa, 24).

Yhteistyötä laadunhallinnassa ja potilasturvallisuudessa avataan yhden lauseen kappaleessa näin:

”Alueella laaditaan jatkossa yhteinen laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelma, jonka pohjana käytetään HUS-suunnitelmaa ja kuntien omia suunnitelmia. Muutenkin tarkoituksena on tiivistää yhteistyötä tämän aiheen ympärillä ja mm. kehittää HaiPro-järjestelmän käyttöä yhteisesti” (Itä-Uusimaa, 25).

Hoitoketjuja käsitellään järjestämissuunnitelmassa selkeiden tavoitteiden kautta. Yhteistyötä ja työnjakoa palvelutuotannossa käsittelevässä kappaleessa linjataan tulevaisuuden kehitystä:

”Laadittujen, yhteisten hoitopolkujen jalkauttaminen tarkoittaa käytännössä sitä, että alueelle ensin saadaan toimivat ja työnjaoltaan selkeät hoitoketjut” sekä

”Tavoitteena on, että palveluketjukuvaukset valmistuvat kuluvaan valtuustokauden aikana ja mittarina on, että ko. kuvaukset on tehty ja niitä myös käytetään päivittäisessä toiminnassa” (Itä-Uusimaa, 17).

Suunnitelman loppupuolella esitellään alueellisesti kuvattaviksi palveluketjuiksi valitut ketjut. Näitä ovat nivelrikko, sydämen vajaatoiminta, lonkkamurtuma ja sepelvaltimotauti. (Itä-Uusimaa, 25).

Itä-Uudenmaan järjestämissuunnitelman vahvuuksia ovat kuntien yhteistyö, iso joukko hyviä ja konkreettisia toimenpiteitä sekä ehdottomasti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö. Palveluverkon kuvaus suunnitelmassa on tarpeeksi selkeä ja informatiivinen. Kehitettävää voisi löytyä siitä, miten erilaiset tukipalvelut ja niiden yhteistyö esitetään suunnitelmassa. Suunnitelma antaa kokonsa nähden oikein hyvin kuvan alueen palveluista ja yhteistyömuodoista niiden järjestämisessä.

Taulukko 5. Itä-Uudenmaan yhteenvetotaulukko.

	Asia on käsitelty suunnitelmassa niukasti	Asia on käsitelty suunnitelmassa lain ja asetuksen edellyttämällä tavalla	Asia on käsitelty suunnitelmassa laajasti
Sovittu kuntien yhteistyöstä			x
Sovittu terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuuta-hoista			x
Sovittu terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä			x
Sovittu päivystyspalveluista			x
Sovittu kuvantamispalveluista		x	
Sovittu lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä erikois-sairaanhoidon kanssa			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä sosiaali-huollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä lääke-huollon kanssa.		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa		x	
Sovittu miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella			x
Sovittu miten erikoisaloiitaista palvelujen tarvetta ja näihin vaikuttavia tekijöitä arvioidaan alueella		x	
Sovittu miten sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella vastataan väestön perusterveydenhuollon tarpeeseen			x
Sovittu terveydenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa tarkoitettujen perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä		x	
Sovittu yhteistyöstä perusterveydenhuollon kehittämisessä		x	
Sovittu yhteistyöstä laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta alueella		x	
Sovittu miten hoitoketjut tai alueelliset hoitosuunnitelmat laaditaan yhteistyössä ja miten niiden toteutumista seurataan		x	

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän (Eksote) terveydenhuollon järjestämissuunnitelma

Etelä-Karjalassa alueen kuntien yhteistyöstä on sovittu terveydenhuollon järjestämissuunnitelman lisäksi maakunnallisessa hyvinvointistrategiassa. Suunnitelman mukaan maakunnassa toimii hyvinvointityöryhmä, jossa on edustus kaikista alueen kunnista. (Eksote, 6). Etelä-Karjalan alueella Imatra on mukana piirissä erikoissairaanhoidon ja erityishuollon osalta (Eksote, 4).

Terveyden edistämisestä alueella vastaavat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmät ja Etelä-Karjalan suunnitelman mukaan tällä toteutetaan lain mukaista terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä. Suunnitelmaan on kirjattu tavoite liittyen sähköisen hyvinvointikertomuksen käyttöönottamiseksi vuoden 2013 aikana. (Eksote, 6).

Terveydenhuollon palveluiden järjestäminen Etelä-Karjalan alueella käydään laajasti läpi järjestämissuunnitelmassa. Johdannossa käydään läpi palveluiden järjestäminen organisaationäkökulmasta. Terveyskeskuskohtaiset palvelut esitellään kappaleessa 4. *Kuntien välinen yhteistyö* ja samaisessa kappaleessa esitellään myös paljon mainetta saanut Mallu-klinikka-autotoiminta (Eksote, 4-8).

Myös päivystyspalvelut käydään laajasti läpi järjestämissuunnitelmassa, asia on käsitelty omassa kappaleessaan 9. *Kiireellinen sairaanhoito*. Alueellisesta näkökulmasta päivystykseen liittyviä palveluita on pohdittu alueellisessa työryhmässä, jonka tuloksena on syntynyt Päivystyksen maakunnallinen kokonaisratkaisusuunnitelma (Eksote, 17). Päivystyspalvelut käydään seikkaperäisesti läpi myös sosiaali- ja hammaslääkäripäivystyksen osalta (Eksote, 18).

Kuvantamispalveluita käsitellään kappaleessa 4.2 *Sairaanhoidolliset tukipalvelut*. Kappaleessa käydään kuvantamiskeskuksen palvelut ja niitä tarjoavat yksiköt. Yhteistyötä on Carean (Kymenlaakso sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä) kanssa yhteisen tietojärjestelmän osalta (Eksote, 9).

Kuntoutusta käsitellään järjestämissuunnitelman eri osissa eri näkökulmista. Hallinnollista näkökulmaa avataan kappaleessa 11. *Yhteistyö muiden toimijoiden kanssa* ja itse palveluista ja niiden järjestämisestä on kuvaus kappaleessa 8. *Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö*.

Perusterveydenhuollon yhteistyölle on varattu oma kappale: 5. Perusterveydenhuollon yhteistyö. Yhteistyön keskeisin muoto on yleislääketieteellinen erityis- ja erikoislääkärikoulutus. Kappaleessa avataan myös työterveyshuollon palveluita ja valmiussuunnitelmiin liittyviä yhteistyökuvioita. (Eksote, 12-13).

Myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliselle yhteistyölle on Etelä-Karjalan suunnitelmassa varattu oma kappaleensa. Kappaleessa 8 on yhteistyön muodoiksi mainittu kaksi aihealuetta joista toinen käsittelee kuntoutusta ja laajempi kappale alueellista hoitoketjutyötä (Eksote, 17).

Sosiaalihuollon kanssa tehtävää yhteistyötä esitellään kappaleessa 11. *Yhteistyö muiden toimijoiden kanssa*. Tästä esimerkkinä on *Hankkeet*-osiossa kuvattu MontEri – Monitoimijamallit-hanke. Kappaleessa on kuvattu myös useita muita yhteistyöhankkeita ja palveluita liittyen kotouttamiseen, maahanmuuttopalveluihin ja henkilökohtaiseen apuun. (Eksote, 21-22).

Kappaleessa 4.3 *Lääkehuoltokeskus* vastataan kysymykseen lääkehuollon kanssa tehtävästä yhteistyöstä. Lääkehuoltoon liittyvät palvelut on kirjattu suunnitelmaan laajasti ja suunnitelmassa on hyviä konkreettisia kirjauksia:

”Jatkossa lääkkeiden, lääkevalmisteiden sekä lääkehuollon erityisvalmisteiden yhteishankinnat suunnitellaan ennen hankintamenettelyn aloitusta erä-alueen lääkehuollon yhteistyöryhmässä” (Eksote, 9).

Lääkehuoltoa koskeva kappale vastaa laajasti kysymykseen yhteistyöstä lääkehuollon kanssa.

Terveystieteidenhuoltolaissa säädetään, että järjestämissuunnitelmassa tulee olla kuvattuna myös yhteistyö muiden toimijoiden kanssa. Tässä tarkastelussa on viitattu useita kertoja asialle omistettuun kappaleeseen 11. *Yhteistyö muiden toimijoiden kanssa*. Kappaleen lisäksi suunnitelman sivulta 14 löytyy kattava lista yhteistyökumppaneista tutkimuksen ja kehittämisen osalta. Yhtenä yhteistyömuotona esille on nostettava myös suunnitelmassa mainittu Seteli-hanke, jonka

”...pää tavoitteena on saada palveluseteli toimivaksi vaihtoehdoksi ja laajamittaiseen käyttöön Etelä-Karjalan alueella sille soveltuvissa palveluissa sekä lisätä yksityisten hyvinvointiyritysten näkyvyyttä” (Eksote, 21).

Valtioneuvoston asetuksessa 337/2011 todetaan, että terveydenhuollon järjestämissuunnitelman pitäisi sisältää tieto siitä miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella. Etelä-Karjalan suunnitelmassa asetuksen vaatimus käydään läpi omassa kappaleessaan 3. *Väestön palvelutarpeen arviointi*. Kuten useissa muissa suunnitelmissa, väestön ikääntyminen on luonnollisesti nostettu tärkeäksi näkökulmaksi. Suunnitelmassa todetaan muista lähteistä seuraavaa:

”Tarvearvion taustaksi palveluverkkoa uudistettaessa tullaan käyttämään ainakin seuraavia tietoja ja tunnuslukuja: väestön ikärakenne, sairastavuustiedot, Kelan korvattavuustiedot, sairauspäivät, sairastamiseksi, eläketilastot (erityisesti varhaiset eläkkeet), PYLL-indeksi, työttömyystilastot (erityisesti nuoriso- ja pitkäaikaistyöttömyys), kouluterveyskysely, ATH-tutkimus, RAI-arvioinnit, 75-vuotiaille suoritettavat hyvinvointia tukevat kotikäynnit ja SAS-arvioinnit sekä Imatralla kotona asumista tukevat moniammatilliset kotikäynnit” (Eksote, 6).

Väestön perusterveydenhuollon palvelujen tarpeeseen vastataan perusterveydenhuollon palveluilla, jotka käydään selkeästi läpi sivulla 7. Näiden peruspalvelujen lisäksi suunnitelmassa esitellään myös näitä tukevia palveluita kuten liikkuvana toimintayksikkönä palveluita tarjoaja Mallu-auto (Eksote, 8) Muita esille nostettavia asioita ovat Etelä-Karjalan jo aloittama valinnanvapaus koskien terveysaseman valintaa (Eksote, 7) ja Seteli-hanke (Eksote, 21).

Terveystieteidenhuoltolain 3 § 2:n palveluista olevia kuvauksia löytyy Etelä-Karjalan järjestämissuunnitelman johdannosta ja kappaleesta 4. *Kuntien välinen yhteistyö*. Ympäristöterveydenhuollon osalta mainintoja löytyy myös kappaleesta 11 *Yhteistyö muiden toimijoiden kanssa*. Vastuista suunnitelmassa kirjataan niukkasanaisesti mutta selkeästi:

”Eksotessa kansanterveysyö jakaantuu eri tulosalueille organisaation mukaisesti ja vastuuhenkilö on avoterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon johtava ylilääkäri” (Eksote, 7).

Terveystieteidenhuollon järjestämissuunnitelmassa tulisi olla kuvattuna miten terveyskeskukset ja muut terveydenhuollon toimijat tekevät yhteistyötä alueen perusterveydenhuollon kehittämisessä ja sen tueksi tarvittavan arvioinnin ja tutkimuksen toteuttamisessa. Jälleen Etelä-Karjalan suunnitelmassa on asetuksen mukainen kappale kyseenomaiselle aiheelle, kappale 6. *Perusterveydenhuollon kehittäminen ja sen tueksi tarvittava tutkimus*. Keskeisimmäksi työvälineeksi Etelä-Karjalan suunnitelma nostaa Rohto-pajat:

”Alueella on Rohdon valmentamia kehittäjääläkäreitä ja –hoitajia eri terveysasemilla ja he ovat järjestäneet moniammatillisia Rohto-pajoja esimiestensä tukemina. Perusterveydenhuollossa pajoilla kehitetään ja edistetään rationaalista hoitoa sekä potilasturvallisuutta ja laatua” (Eksote, 13).

Etelä-Karjalan terveyskeskus on myös mukana Hyvä vastaanotto-hankkeessa, jonka tarkoituksena on kehittää terveysasemien toimintakäytäntöjä (Eksote, 13). Perusterveydenhuollon kehittämistä käsitellään laajasti Etelä-Karjalan suunnitelmassa jo mainittujen esimerkkien lisäksi. Samassa kappaleessa käsitellään myös laadunhallintaan ja potilasturvallisuuteen liittyvät käytännöt. Potilasturvallisuutta varten Eksotessa on oma potilasturvallisuuskoordinaattori. Järjestämissuunnitelmassa ilmoitetaan lain edellyttämät toimet selkeästi, kuten laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelman olemassaolo. Laadunhallinnan osalta alueella toimii oma laatutyöryhmä, jonka tehtävät on esitelty sivulla 15. Kappaleessa kuvataan laajasti potilasturvallisuuteen ja laadunhallintaan liittyvä toiminta Etelä-Karjalan alueella.

Viimeisenä analyysin kohtana on hoitoketjuista sopiminen. Etelä-Karjalan järjestämissuunnitelmassa asiaa käsitellään kappaleessa 8. *Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö*. Suunnitelman mukaan alueelliset hoitoketjut ovat käynnistyneet jo vuonna 2005 ja uusia hoitoketjuja syntyy noin kaksi kappaletta vuodessa. Yhteistyöstä hoitoketjujen osalta todetaan, että:

”Aiheesta riippuen hoitoketju-työssä on mukana myös yksityisiä palveluntuottajia, potilasyhdistyksiä ja muita tahoja” (Eksote, 17)

Etelä-Karjalaan suunnitelma on pituudeltaan yksi lyhyimmistä suunnitelmista. Se onnistuu kuitenkin vastaamaan suunnitelmalta odotettuihin kysymyksiin erityisesti hyvien ja innovatiivisten hankkeiden ja perusterveydenhuollon kehittämisen osalta. Suunnitelmaa voisi tulevaisuudessa kehittää syventämällä aihealueita ja tuomalla tilastotietoa ja havainnollistavia kuvia tekstin tueksi.

Taulukko 6. EKSOTEn yhteenvetotaulukko.

	Asia on käsitelty suunnitelmassa niukasti	Asia on käsitelty suunnitelmassa lain ja asetuksen edellyttämällä tavalla	Asia on käsitelty suunnitelmassa laajasti
Sovittu kuntien yhteistyöstä		x	
Sovittu terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuuta-hoista		x	
Sovittu terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä			x
Sovittu päivystyspalveluista			x
Sovittu kuvantamispalveluista		x	
Sovittu lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä erikois-sairaanhoidon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä sosiaali-huollon kanssa			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä lääke-huollon kanssa.			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa		x	
Sovittu miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella			x
Sovittu miten erikoisaloittaista palvelujen tarvetta ja näihin vaikuttavia tekijöitä arvioidaan alueella			x
Sovittu miten sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella vastataan väestön perusterveydenhuollon tarpeeseen		x	
Sovittu terveydenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa tarkoitettujen perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä		x	
Sovittu yhteistyöstä perusterveydenhuollon kehittämisessä			x
Sovittu yhteistyöstä laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta alueella			x
Sovittu miten hoitoketjut tai alueelliset hoitosuunnitelmat laaditaan yhteistyössä ja miten niiden toteutumista seurataan			x

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueen kuntien terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2013-2016

Kymenlaakson suunnitelma on kattava, erittäin yksityiskohtainen terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. Noin 60-sivuisen tekstiosan lisäksi suunnitelmaan kuuluu useita liitteitä, joissa käsitellään asiaan liittyviä, mutta eri yhteyksissä tuotettuja tietopaketteja.

Kuntien yhteistyön sopimisesta ei löydy Kymenlaakson suunnitelmasta erillistä kappaletta, mistä peruslähdekohdat voisi tarkastaa. Sen sijaan suunnitelman lopussa on hyvä yhteenveto kaikista valmistelutyöryhmän esityksistä. Samat esitykset löytyvät jokaisen niitä käsittelevän kappaleen lopusta. Näissä esityksissä on kiteytetty keskeiset kehittämiskohteet, vastuut ja toimenpiteet. Useat esitykset ottavat esille erityisesti erä-alueen yhteistyön ja viittaavat jo tällä tasolla tehtyihin suunnitelmiin. Yhteistyötä aiotaan tehdä erityisesti hankintojen toteuttamisessa.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskeva kappale löytyy sivuilta 38-39 (*4.6 Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen*). Suunnitelmassa viitataan liitteistä löytyvään Mie ja sie terveyteen vie-kampanjaan:

”Kampanjan tarkoituksena on ensisijaisesti vaikuttaa eri viestintäkanavia hyödyntäen väestön terveysvalintoihin, mutta myös laajentaa ja lujittaa monialaista yhteistyötä ja vahvistaa ammattilaisten osaamista” (Kymenlaakso, 38).

Vastuu terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi on esitetty Carean, Haminan, Kotkan ja Kouvolan osalta eri kappaleissa. Painopistealueet ovat erilaisia jokaisen kunnan osalta suunnitelman mukaisesti. Vastuu terveyden edistämiseksi on Carealla:

”Carea koordinoi myös nykyisen terveyden edistämisen maakunnallista ohjausryhmää ja kokoaa maakunnallisen strategian ja toimintaohjelman” (Kymenlaakso, 39).

Vastuuta on annettu myös Hyvinvoinnin ja perusterveydenhuollon yksikölle, jonka tehtäviksi on kirjattu mm.:

”..sovittamalla yhteen [...] terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä ja kehittämistä” (Kymenlaakso, 20).

Terveydenhuollon palveluiden järjestäminen on käyty läpi 10 eri osa-alueen kautta. Näiden osa-alueiden osalta myös alueet otetaan esille. Valitettavaa on, että Kymenlaakson järjestämssuunnitelma ei kerro selkeästi kuinka paljon Kymenlaakson alueella on erilaisia palvelupisteitä, missä ne sijaitsevat tai minkälaisia palveluita niistä saa. Esimerkiksi päivystyksen osalta sivulla 24 on selkeä tieto miten ja missä päivystys on tuotettu. Palveluiden järjestäminen on kuvattu kokonaisuuden sijaan yksittäisten palveluiden kautta.

Päivystyspalveluita on käsitelty Kymenlaakson suunnitelmassa erikoissairaanhoidon-, perusterveydenhuollon, mielenterveys- ja päihdepalvelujen sekä sosiaalipäivystyksen osalta. Erikoissairaanhoidon päivystyksen osalta tiedot ovat erittäin yksityiskohtaisia ja palveluiden järjestämisessä on käytetty tukena NHG:n selvityksen tietoja, joista käy hyvin ilmi esimerkiksi erikoissairaanhoidon päivystyskäyttö ja perusterveydenhuollon päivystyskäynnit vuodelta 2011. (Kymenlaakso, 22-23)

Myös kuvantamispalveluiden osalta yhteistyö nähdään erä:n kautta. Palveluiden nykytila on esitetty selkeästi, jonka jälkeen konkreettisia kehittämiskohteita on esitetty kuusi kappaletta, nämä toteutettavaksi siis erä-alueen yhteistyönä. Ensimmäisenä kohtana listalla on yhteiset hankinnat (Kymenlaakso, 44).

Lääkinnällinen kuntoutus ja yhteistyö sen puitteissa on käyty Kymenlaakson suunnitelmassa läpi laajasti. Haasteet palveluiden osalta on kirjattu avoimesti suunnitelmaan:

”Esimerkiksi on priorisoitu lapset ja neurologiset sairaudet, mutta työikäisten TULE-oireisten pääsy terveyskeskuksen fysioterapiaan toimii huonosti” (Kymenlaakso, 27).

Suunnitelma antaa huomattavasti tietoa avokuntoutuksen, laitostuntoutuksen ja apuvälineiden osalta. Suunnitelmassa myös kuvataan kuntoutuksen eri alueiden kustannukset ja ostopalvelut. Kappaleessa on valmistelutyöryhmän viisi kehitysesitystä kuntoutuspalveluiden parantamiseksi.

Perusterveydenhuollon yhteistyön ideoita löytyy *kappaleesta 4.4.7 Avosairaanhoito/vastaanottotoiminta*. Valmistelutyöryhmä esittää mm. seuraavaa:

”1. Avosairaanhoito/vastaanottotoiminnan hoitoprosesseja kehitetään yhteistyössä [...]. 3. Vastaanottopalveluiden saatavuudesta ja laadusta tiedotetaan yhtenäisellä tavalla” (Kymenlaakso, 32).

Suunnitelmasta löytyy ideoita myös muiden perusterveydenhuollon palveluiden piiriin kuuluvien palveluiden yhteistyöstä, mutta yhteistyölle ei ole varattu omaa kappaletta kertomaan jäsennellysti asiasta. Yksi selkeä yhteistyön muoto on kuitenkin sivulta 52 löytyvä lääkäreiden koulutus, jonka osalta yhteistyötä perusterveydenhuollon toimijoiden väliltä löytyy (Kymenlaakso, 52-53).

Tarvittavasta yhteistyöstä erikoissairaanhoidon kanssa on mainintoja suunnitelmassa, mutta yhteenvedoista puuttuu. Erikoissairaanhoidosta valmistelutyöryhmä toteaa yhden yhteistyömahdollisuuden esityksessään:

”Carean ja Ratamo-keskuksen toiminnan kehittämisen ja suunnittelun yhteydessä käydään läpi erikoissairaanhoidon työnjako” (Kymenlaakso, 55).

Sosiaalihuollon yhteistyötä pitää myös hakea suunnitelmasta yksittäisten mainintojen kautta. Yksi näistä löytyy mielenterveys- ja päihdepalveluista:

”Mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhteistoimintaa kehitetään sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä” (Kymenlaakso, 57).

Hyvinvoinnin ja perusterveydenhuollon yksikkö tekee yhteistyötä sosiaalihuollon kanssa:

”Hyvinvoinnin ja perusterveydenhuollon yksikkö toimii kansallisissa verkostoissa (mm. erva-alueen vastaavat yksiköt) ja tiiviissä yhteistyössä Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen (Socom Oy) kanssa” (Kymenlaakso, 20).

Yhteistyö sosiaalihuollon kanssa rajoittuu melko pitkälti kuvattuihin yhteistyömuotoihin.

Yhteistyötä lääkehuollossa käsitellään kappaleessa 4.8.3 *Lääkehuolto*. Lääkehuolto käsitellään myös osastofarmasian ja henkilöstön lääkehoidon kehittämisen kautta. Tiedot ovat yksityiskohtaisia, sillä apteekkiliikelaitoksen liikevaihto ja myyntivoitot kuvataan euromääräisesti suunnitelmassa. Itse yhteistyö käydään Erva-alueen yhteistyön kautta, jossa ensimmäisenä yhteistyön muotona ovat yhteiset kilpailutukset. Kilpailutusten lisäksi lääkehuollossa aiotaan Kymenlaakson suunnitelman mukaan harmonisoida erityisvastuualueiden asiantuntijapalvelut, toimintamallit ja annosjakelupalvelut. (Kymenlaakso, 45).

Henkilöstön osaamisen varmistaminen lääkehuollossa tapahtuu verkkokoulutusjärjestelmä LOVE:n avulla. Valmistelutyöryhmän esityksessä on kolme kehitettävää kohtaa:

- ”1. Hankinta ja kilpailutusyhteistyö erä-alueella
2. Toimintamallien ja ohjeiden yhtenäistäminen erä-alueella ja maakunnassa
3. Lääkehoitoprosessia kehitetään osana potilasturvallisuutta” (Kymenlaakso, 45).

Kymenlaaksossa yhteistyö muiden toimijoiden kanssa käy ilmi suunnitelman eri kohdista, mutta asialle ei ole varattu omaa kappaletta. Yritysyhteistyötä tehdään erityisesti seulontojen ja laitostuntoutuksen osalta. Katkaisuhoidossa A-klinikka on luonnollisena yhteistyökumppanina.

Perusterveydenhuollon palvelujen tarpeen seuranta on käsitelty kattavasti Kymenlaakson suunnitelmassa. Kappaleessa 2. *Toimintaympäristön kuvaus* viitataan jo mainittuun Mie ja sie terveyteen vie-kampanjaan ja mainittu tutkimus-, tilasto- ja indikaattoritiedoiksi:

”Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys 2011, Kouluterveyskysely 2010 [...] Terveyspuntari, SOTKANet, Terveysatlas, Väestörekisterikeskus, Tilastokeskus, Eläketurvakeskus” (Kymenlaakso, 6).

Erikoisaloitettua palvelutarvetta seurataan mm. sairastavuusindeksin avulla, jossa painopisteiksi on löydetty Kymenlaakson osalta syöpä, sepelvaltimotauti, aivoverenkiertotautit, TULE-sairaudet, mielenterveyden ongelmat, tapaturmat sekä dementia (Kymenlaakso, 7-8).

Palvelutarpeen seurannan osalta Kymenlaakso on nostonut mainittujen indikaattorien lisäksi huomioon myös menetetyt elinvuodet (PYLL= Potential Years of Life Lost) sekä koetun terveyden (Kymenlaakso, 8-9).

Palvelutarpeen vastaamisen kysymykset on otettu huomioon Kymenlaakson suunnitelmassa ainakin pohtimalla mitä EU-direktiivi potilaiden vapaasta liikkuvuudesta voi tarkoittaa. Samoin on pohdittu kuntien realistisia mahdollisuuksia tuottaa palveluita tulevaisuudessa. Kymenlaakson suunnitelmassa esitetään sivulla 18 jäseneltyjä strategisia linjauksia ja tavoitteita, joita voidaan pitää vastauksena kysymykseen miten sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella vastataan väestön perusterveydenhuollon palvelujen tarpeeseen. Keskeiset linjaukset tästä näkökulmasta ovat:

- ”1. Kymenlaakson terveydenhuollon toimivaa palvelukokonaisuutta kehitetään väestön tarpeista lähtien ja asiakasta varten;
2. Palvelutuotanto organisoidaan prosessien ja hoitoketjujen ohjaamana;
- [...]
4. Varmistetaan eri toimijoiden mielekäs, helppo ja joustava yhteistyö” (Kymenlaakso, 18)

Terveydenhuoltolain 3 § 2:n palvelut on sovittu Kymenlaakson suunnitelmassa erittäin hyvin. Joskus vähemmälle huomiolle järjestämissuunnitelmissa jäävät alat kuten työterveyshuolto, ympäristöterveydenhuolto ja kotisairaanhoidot ovat käsitelty suunnitelmassa. Kaikki momentin palvelut on käyty läpi seikkaperäisesti suunnitelmassa, mikä on harvinaista.

Perusterveydenhuollon kehittäminen on jäänyt Kymenlaakson suunnitelmassa pienelle huomiolle. Kehittämiseksi ei ole asetettu konkreettisia tavoitteita tai määritetty kehittämisen keinoja. Vastuu kehittämisen koordinoimisesta on kuitenkin kirjattu suunnitelmaan:

”Perusterveydenhuollon yksikkö antaa asiantuntemusta ja sovittaa yhteen alueellaan perusterveydenhuollossa tehtävää tutkimusta, kehittämistä, hoito- ja kuntoutusketjujen laatimista ja täydennyskoulutusta [...]” (Kymenlaakso, 20-21)

Potilasturvallisuudelle ja laadunhallinnalle on osoitettu oma kappaleensa. Kappaleessa nostetaan esille kaksi keskeistä työkalua turvallisuuden ja laadunhallinnan kehittämiseksi. Ensimmäinen on haittatapahtumien rekisteröintityökalu HaiPro ja toinen on potilasturvallisuussuunnitelma. Nämä suunnitelmat ovat järjestämissuunnitelman mukaan kaikki joka kesken tai valmisteilla, poikkeuksena Kouvola, jossa suunnitelma on hyväksytty 20.6.2012 (Kymenlaakso, 38).

Kappaleessa myös mainitaan, että

”Vaikuttavuuden mittaamisessa on ollut 2012 asti käytössä 15D-mittari” (Kymenlaakso, 38).

Valmistelutyöryhmän keskeinen esitys on, että:

”Määritellään ja sovitaan yhteiset laatumittarit tai yhteiset menetelmät potilasturvallisuuden raportointiin vuoden 2013 loppuun mennessä” (Kymenlaakso, 38).

Hoitoketjut tai alueelliset hoitosuunnitelmat on yksi suunnitelman strategisissa linjauksissa määritelty painotus:

”2. Palvelutuotanto organisoidaan prosessien ja hoitoketjujen ohjaamana” (Kymenlaakso, 18)

Hoito- tai palveluketjuille ei kuitenkaan ole omaa kappaletta suunnitelmassa. Hoitoketjuista on suunnitelmassa useita mainintoja eri palveluiden yhteydessä, esim. vuodeosastokapasiteetin yhteydessä valmistelutyöryhmä esittää, että

”Hoidon porrastus toteutuu (hoito- ja palveluketjut)” (Kymenlaakso, 35).

Asumispalveluiden kohdalla valmistelutyöryhmä esittää, että

”Asumispalveluissa varmistetaan palveluketjun toimivuus ja kuntouttava ote sekä järjestettävä sen tueksi kuntouttavaa päivä- ja työtoimintaa” (Kymenlaakso, 37).

Hoito- ja palveluketjujen laatimisen vastuu on hyvinvoinnin ja perusterveydenhuollon yksiköllä, mutta suunnitelmassa ei kuvata kuinka paljon alueella on erilaisia ketjuja, minkä organisaatioiden välillä ja miten uusien ketjujen syntymistä konkreettisesti aiotaan toteuttaa.

Kokonaisuutena Kymenlaakson suunnitelma on joissain kohdin hyvinkin suppea ja taas osa kohdista on käyty läpi erittäin yksityiskohtaisesti. Suunnitelma on monilta osin tehty hallinnon näkökulmasta, mutta samalla tekstistä näkyy se, että yksittäisten palveluiden ja niiden parissa työskentelevien näkemykset on otettu laadinnassa huomioon.

Taulukko 7. Kymenlaakson yhteenvetotaulukko.

	Asia on käsitelty suunnitelmassa niukasti	Asia on käsitelty suunnitelmassa lain ja asetuksen edellyttämällä tavalla	Asia on käsitelty suunnitelmassa laajasti
Sovittu kuntien yhteistyöstä		x	
Sovittu terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuuta-hoista			x
Sovittu terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä		x	
Sovittu päivystyspalveluista		x	
Sovittu kuvantamispalveluista		x	
Sovittu lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä erikois-sairaanhoidon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä sosiaali-huollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä lääke-huollon kanssa.			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa		x	
Sovittu miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella			x
Sovittu miten erikoisaloittaista palvelujen tarvetta ja näihin vaikuttavia tekijöitä arvioidaan alueella			x
Sovittu miten sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella vastataan väestön perusterveydenhuollon tarpeeseen			x
Sovittu terveydenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa tarkoitettujen perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä			x
Sovittu yhteistyöstä perusterveydenhuollon kehittämisessä	x		
Sovittu yhteistyöstä laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta alueella		x	
Sovittu miten hoitoketjut tai alueelliset hoitosuunnitelmat laaditaan yhteistyössä ja miten niiden toteutumista seurataan		x	

Varsinais-Suomen terveydenhuollon järjestämissuunnitelma vuosille 2013-2016

Kuntien yhteistyöstä sovitaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin järjestämissuunnitelmassa eri karkiteemojen osalta omissa osioissaan. Kuntien tulevaa yhteistyötä kuvataan karkiteemojen osalta ”Toimenpide-
linjaukset”-teksteissä. Esimerkiksi päivystyksen eri osa-alueiden osalta yhteistyö on kuvattu erittäin yksityiskohtaisesti. Varsinais-Suomen suunnitelma etenee vahvasti päätettyjen karkiteemojen mukaan, joita ovat ensihoito, päivystysjärjestelmän toimivuus, tietojärjestelmien kehittäminen sekä menettelytavat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluiden yhteensovittamiseksi.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä kirjoitetaan Varsinais-Suomen suunnitelman kappaleessa 4. *Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen painopisteet*. Suunnitelmassa viitataan kuntien hyvinvointisuunnitelmiin ja itse järjestämissuunnitelmassa asiaa käsitellään yleisemmällä tasolla.

”Koska terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevat tavoitteet ja toimenpiteet tulee määritellä kunta-kohtaisesti, paikallisten tarpeiden ja olosuhteiden perusteella, ei tässä suunnitelmassa määritellä yksityiskohtaisia tavoitteita ja toimenpiteitä. Määrittely tehdään kuntien omissa hyvinvointisuunnitelmissa ja hyvinvointikertomuksissa.” (Varsinais-Suomi, 33).

Suunnitelmassa viitataan myös Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin Varsinaisen terveesti-terveyden edistämisen suunnitelmaan. Yleisiä huomioita terveyden edistämisestä itse suunnitelmassa on ehkäisevästä toiminnasta, turvallisesta toimintaympäristöstä, lasten ja nuorten varhaisesta tukemisesta, työikäisten terveyden ja toimintakyvyn tukemisesta sekä ikäihmisten kotona asumisesta (Varsinais-Suomi, 33).

Terveydenhuollon palveluiden järjestäminen on kuvattu tarkasti Varsinais-Suomen suunnitelman liitteissä osiossa 1. Terveydenhuollon palvelujen järjestäminen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin kunnissa niin, että jokaisen kunnan kohdalla kuvaukset on esitetty terveydenhuoltopalveluiden, kiireellisen hoidon ja päivystyksen, taudinmäärityksen, seulontojen sekä lääkehuollon ja tukipalveluiden osalta (Varsinais-Suomen liitteet 1, sivut 3-22).

Koska päivystyspalveluiden kehittäminen on Varsinais-Suomen suunnitelman yksi kärjistä, on se käsitelty erittäin kattavasti. Päivystyksen osalta nykytila on kuvattu sivuilla 22-23 ja tämän jälkeen suunnitelmassa esitetään lukuisia kehittämiskohteita ja suunnitelmia.

Myös kuvantamispalveluiden nykytilan kuvaukset löytyvät suunnitelman liitteestä 1 kunnittain kohdan *Taudinmääritys* alta. Liitteessä tai suunnitelmassa ei varsinaisesti kuvantamispalveluiden osalta oteta kantaa yhteistyöhön tai mahdolliseen kehittämiseen, mutta suunnitelman yksi karkiteemoista, tietojärjestelmien kehittäminen, oletettavasti sisältää myös kuvantamispalvelut niiden liittyessä läheisesti potilastietoihin.

Lääkinnällisen kuntoutuksen osalta voidaan todeta kutakuinkin samaa kuin kuvantamispalveluiden, paitsi että palveluiden kuvaukset löytyvät liitteiden osioiden (kuntien) johdantokappaleista. Näiden palveluiden kehittämisestä tai yhteistyön lisäämisestä ei ole juurikaan mainintoja Varsinais-Suomen suunnitelmassa.

Perusterveydenhuollon yhteistyö Varsinais-Suomen suunnitelmassa liittyy vahvasti karkiteemoihin. Yhteistyöstä kirjoitetaan mm. päivystyksen osalta näin:

”Perusterveydenhuolto ja keskitetyt päivystykset sopivat vuoden 2013 aikana alueellisesti siitä, millä tavalla potilaiden hoitoprosessin toimivuutta seurataan, arvioidaan ja kehitetään. Toimintaa arvioidaan sekä potilasnäkökulmasta (sujuvat palveluketjut, potilasturvallisuus), toiminnan laadun näkökulmasta että kokonaistaloudellisesta näkökulmasta.” (Varsinais-Suomi, 24).

Perusterveydenhuollon yhteistyötä tulee syntymään tietojärjestelmäkehittämisen saralla, suunnitelmassa kuvataan koordinaatioryhmän perustamista, jossa olisi edustus alueen kaikista terveystieteistä. Kappaleessa 3.4 *Menettelytavat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisessa* linjataan erillisen asiantuntijaryhmän perustamisesta:

”Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueelle perustetaan pysyvä asiantuntijatyöryhmä, jossa on alueellisesti ja sisällöllisen osaamisen kannalta riittävän kattava edustus sekä kuntien sosiaali- ja terveystoimesta/perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta. Työryhmän tehtävänä on tulevien palvelutarpeiden ennakointi, toiminnallisten muutostarpeiden löytäminen sekä käytännön toimintatapojen kehittäminen vastaamaan palvelutarvetta ja resursseja.” (Varsinais-Suomi, 29).

Erikoissairaanhoidon yhteistyötä parhaiten kuvaa keskitetyt päivystyspisteet. Yhteistyö ja kehittäminen päivystyspalveluiden osalta on suunnitelman keskiössä ja maininnat rajoittuvat pitkälti päivystykseen ja muihin karkiteemoihin. Tosin yhteistyötä on runsaasti hoitoketjutyössä. Hoitoketjuja on alueella suunnitelman mukaan 44 kappaletta ja ne suunnitellaan yhteistyössä monien toimijoiden kesken (Varsinais-Suomi 31).

Yhteistyö sosiaalihuollon kanssa esiintyy karkiteemojen tavoitteena useassa kohdassa. Tietojärjestelmien kehittämisessä sosiaalihuolto nähdään yhtä tärkeänä loppukäyttäjänä yhteisessä kehittämisessä kuten myös perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoitokin. Varsinais-Suomen suunnitelmassa todetaan mm. näin:

”Hoidon kannalta on olennaista, että myös sosiaalitoimessa muodostunut tieto on käytettävissä ilman siirtymätarvetta toiseen ohjelmistoon.” (Varsinais-Suomi, 26) sekä

”[..] yhteensopiva potilastiedon kokonaisuus, joka vastaa sekä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon että sosiaalitoimen tarpeisiin koko alueella” (Varsinais-Suomi, 26).

Sosiaalihuolto on mukana myös maininnoissa kuntaneuvotteluista ja perusterveydenhuollon yksiköistä. Tulevaisuudessa Varsinais-Suomen alueella pyritään suunnitelman mukaan integroituneempaan palveluiden tarjoamiseen ja sosiaalihuolto on otettu näissä maininnoissa hyvin huomioon.

Yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa ei ole yllättävää. Hoitoketjutyössä yhteistyökumppaneina on terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi koulut, poliisi ja seurakunta (Varsinais-Suomi, 31) ja suunnitelman liitteissä on mainintoja palveluita tuottavista yrityksistä.

Varsinais-Suomen suunnitelmassa kappaleessa *Väestön hyvinvointi ja terveys* kerrotaan mitä indikaattoreita järjestämissuunnitelman pohjana on käytetty. Suunnitelmassa ei ole erillistä kappaletta kuvaamassa alueen palvelutarpeen arviointia, mutta kyseisen kappaleen alussa kuitenkin todetaan että:

”Terveydenhuollon järjestämissuunnitelman tulee perustua alueen väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen” (Varsinais-Suomi, 15).

Kappaleessa mainitaan tietolähteiksi Kelan tuottamat sairastavuus- ja kansantauti-indeksit, PYLL-indeksi, Tilastokeskuksen EKS-aineisto, THL:n sairastavuusindeksi ja iso joukko erilaisia sairausrühmäkohtaisia indeksejä. Samoin Varsinais-Suomen suunnitelman liitteistä löytyy tietoa myös erilaisten näkökulmien kuten kuoleman, työkyvyttömyyden ja kustannusnäkökulman käytöstä väestön hyvinvoinnin arvioinnin pohjana. Esimerkiksi EKS-aineistossa kuolemansyitä ja menetettyjä elinvuosia verrataan Varsinais-Suomen osalta koko Suomeen 25-80-vuotiaiden osalta, samoin verenkiertoelinten sairauksia, alkoholi-kuolemia ja tapaturmia. Näissä taulukoissa huomioon on otettu myös väestön koulutustaso (Varsinais-Suomen liitteet, 30-33).

Suunnitelmassa tehdään myös johtopäätöksiä esitetyistä tiedoista esim. kansantauti-indeksiin liittyen:

“Palvelujen järjestämisen kannalta on olennaista huomioida alueiden väliset erot väestörakenteessa ja väestön sairastavuudessa. Palvelujen järjestämisen ja kehittämisen lähtökohtana tulee olla paikalliset tarpeet ja olosuhteet” (Varsinais-Suomi, 16).

Erikoisaloittaiseen palvelutarpeeseen suunnitelmassa otetaan selkeä kanta:

”Palvelujen yhteensovittamisesta Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin toiminta-alueella sovitaan puolivuositain käytävissä, alueellisissa kuntaneuvotteluissa. Niissä pidetään lähtökohtana alueen kuntien väestön terveys- ja hyvinvointitietoa sekä palvelujen ennustettua tarvetta. Tavoitteena on sopia erikoissairaanhoidon palvelujen määrästä ja sisällöstä niin, että ne täydentävät oikein mitoitetulla tavalla kunnan terveystalouden kokonaisuuden” (Varsinais-Suomi, 28).

Vaikka Varsinais-Suomen suunnitelma keskittyy melko vahvasti kärkiteemoihin, on ne perusteltu hyvin, sillä kehitettävät palvelut nousevat selkeistä tarpeista. Esimerkiksi tietojärjestelmäkoordinaatio voidaan nähdä välineenä, jossa yksi tavoite on saada hyödynnettävää tietoa perusterveydenhuollon palvelutarpeesta:

”[...] hoidon sujuvuuden sekä toiminnan suunnittelun ja seurannan toimivuuden näkökulmasta Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin alueella tulee tavoitteena olla yhteensopiva potilastiedon kokonaisuus..” (Varsinais-Suomi, 4).

Perusterveydenhuollon palveluiden tarvetta arvioidaan myös erilaisten väestötietolähteiden ja muiden niihin liittyen tietolähteiden pohjalta:

”Palvelutarpeen ja kuntien taloudellisen kantokyvyn kannalta olennaista on tarkastella väestömäärän lisäksi myös väestörakennetta..” (Varsinais-Suomi, 12).

Terveystaloulain 3 § 2:n kohdassa tarkoitettuja palveluita (väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistäminen, suun terveydenhuolto, ympäristöterveydenhuolto yms.) ja niiden järjestämistä kuvataan Varsinais-Suomen järjestämissuunnitelman liitteissä (*1. Terveystalouden palvelujen järjestäminen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin alueen kunnissa*) kuntakohtaisesti kuten kuvantamis- ja kuntoutuspalveluitakin.

Varsinais-Suomen järjestämissuunnitelmassa perusterveydenhuollon kehittämistä kuvataan melko suppeasti. Varsinais-Suomen suunnitelman kehittämistavoitteet liittyvät vahvasti päivystyksen ja ensihoidon kehittämiseen. Perusterveydenhuollon kehittämisestä suunnitelmassa on maininta jossa:

“Perusterveydenhuollon yksikön kautta tapahtuvan kehittämisen ja koordinoinnin lisäksi on järjestämissuunnitelman valmistelun yhteydessä noussut esiin tarve laajemmalle, kuntien sosiaali- ja terveystoimen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliselle, jatkuvalle vuoropuhelulle”. (Varsinais-Suomi, 28) sekä

“Varsinais-Suomeen esitetäänkin perustettavaksi pysyvää asiantuntijaryhmää valmistelevaan, koordinoimaan ja seuraamaan terveydenhuollon palvelujen pitkäjänteistä kehittämistä” (Varsinais-Suomi, 28).

Ensimmäisestä lainauksesta käy ilmi, että perusterveydenhuollon yksikkö tekee kehittämistoimintaa, mutta sen lisäksi tarve on myös laajemmalle pitkäjänteiselle kehittämistyölle. Suunnitelmassa yksikön tehtävissä mainitaan kuitenkin, että yksikkö vastaa mm. alueella tehtävän perusterveydenhuollon kehittämisen yhteensovittamisesta (Varsinais-Suomi, 30).

Laadunhallinta ja potilasturvallisuus eivät ole Varsinais-Suomen suunnitelmassa saaneet omaa kappalettaan, mutta kuten perusterveydenhuollon palvelutarpeen seurannan ja arvioinnin tapauksessa, potilasturvallisuus ja laadunhallinta voidaan nähdä linkittyvän nimenomaan päivystys- ja tietojärjestelmähankkeisiin ja niiden kehittämiseen. Tietojärjestelmien ja potilasturvallisuuden osalta mainitaan:

”Päivystystä toteuttavassa yksikössä on oltava riittävät voimavarat ja osaaminen, jotta hoidon laatu ja potilasturvallisuus toteutuvat” (Varsinais-Suomi, 22)

Potilasturvallisuuteen kiinnitetään jatkossa enemmän huomiota myös yhteistyössä:

”Perusterveydenhuolto ja keskitetyt päivystykset sopivat vuoden 2013 aikana alueellisesti siitä, millä tavalla potilaiden hoitoprosessin toimivuutta seurataan, arvioidaan ja kehitetään. Toimintaa arvioidaan sekä potilasnäkökulmasta (sujuvat palveluketjut, potilasturvallisuus), toiminnan laadun näkökulmasta että kokonaistaloudellisesta näkökulmasta” (Varsinais-Suomi, 24).

Varsinais-Suomessa hoitoketjutyö toteutetaan yhteistyössä useiden toimijoiden kanssa:

“Ketjut on laadittu perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, soveltuvien osien sosiaalitoimen ja muiden tahojen, kuten koulujen, poliisin tai seurakuntien edustajien yhteistyönä. Kullekin ketjulle on nimetty koordinaattori, joka tarkistaa ketjujen toimivuuden vuosittain. Valmiit ketjut päivitetään kunkin ketjun työryhmien kokouksissa noin kahden vuoden välein” (Varsinais-Suomi, 31).

Varsinais-Suomessa hoitoketjuja kerrotaan olevan 44 kappaletta, joiden tarkemmat kuvaukset ovat Varsinais-Suomen järjestämissuunnitelman liitteenä.

Varsinais-Suomen kokonaisuudesta on sanottava, että monet asiat, jotka löytyvät varsinaisen suunnitelman liitteistä, olisi voitu esittää varsinaisen suunnitelman osana. Erilliset liitetiedostot tekevät suunnitelman haastavan luettavan. Varsinais-Suomen suunnitelmassa on rohkeasti valittu kehitettävät painopisteet ja keskitytty niihin nykytilan kuvaamisen sijaan, mikä on hienoa. Hoitoketjut sekä perusterveydenhuollon palvelutarpeen arviointi ja seuranta ovat Varsinais-Suomen suunnitelman vahvuuksia.

Taulukko 8. Varsinais-Suomen yhteenvetotaulukko

	Asia on käsitelty suunnitelmassa niukasti	Asia on käsitelty suunnitelmassa lain ja asetuksen edellyttämällä tavalla	Asia on käsitelty suunnitelmassa laajasti
Sovittu kuntien yhteistyöstä			x
Sovittu terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuuta-hoista		x	
Sovittu terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä			x
Sovittu päivystyspalveluista			x
Sovittu kuvantamispalveluista		x	
Sovittu lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä erikois-sairaanhoidon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä sosiaali-huollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä lääke-huollon kanssa.		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa		x	
Sovittu miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella			x
Sovittu miten erikoisaloittaista palvelujen tarvetta ja näihin vaikuttavia tekijöitä arvioidaan alueella		x	
Sovittu miten sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella vastataan väestön perusterveydenhuollon tarpeeseen			x
Sovittu terveydenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa tarkoitettujen perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä		x	
Sovittu yhteistyöstä perusterveydenhuollon kehittämisessä		x	
Sovittu yhteistyöstä laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta alueella		x	
Sovittu miten hoitoketjut tai alueelliset hoitosuunnitelmat laaditaan yhteistyössä ja miten niiden toteutumista seurataan			x

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma Vaasan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien alueella 2013-2016

Kuntien yhteistyöstä sovitaan Vaasan sairaanhoitopiirin järjestämissuunnitelmassa kappaleessa 2. *Vaasan sairaanhoitopiirin alue ja väestö*. Kappaleessa käydään läpi alueen kunnat ja niiden palvelut tiiviissä muodossa. Samassa kappaleessa esitetään myös tiivistetyt tiedot henkilöstön määrästä ja jakautumisesta vakinaisiin ja määräaikaikäisiin. (Vaasa, 65-66).

Terveydenhuoltolain velvoite terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen järjestämissuunnitelmassa otetaan Vaasan suunnitelmassa esille yhtenä tavoitteena tulevien organisaatiomallien osalta:

”Kehitetään ja koordinoidaan alueelle yhteinen terveyden edistämistyön toimintatapa ja organisaatiomalli” [...] ”Tuetaan ja/tai käynnistetään säännöllinen poikkihallinnollinen yhteistyö väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi kunnassa” (Vaasa, 93).

Kappaleessa 3.3.3.1 *Alueellinen terveyden edistämisen organisaatio* esitetään muitakin suunnitelmia mainitun organisaation mallista, tavoitteista ja menetelmistä. Aikatauluksi esitetään sivulla 94 vuotta 2013. Vaasan suunnitelmassa käydään monia kokonaisuuksia läpi paljon tietoa sisältävien matriisien kautta. Yksi näistä matriiseista koskee terveyden edistämistä (Vaasa, 92).

Jo mainituksessa kappaleessa 2 on selkeästi kuvattu terveydenhuollon palveluiden järjestäminen perusterveydenhuollon, sosiaalipalveluiden sekä työterveyden ja ympäristöterveydenhuollon osalta.

Päivystyspalveluiden osalta Vaasan suunnitelma esittelee nykytilan koskien ensihoitoa, erikoissairaanhoidon päivystystä, perusterveydenhuollon päivystystä, suun terveydenhuollon päivystystä sekä sosiaalipäivystystä (Vaasa, 74-78). Palvelut käydään läpi seikkaperäisesti ja tietoa summaa yhteen yhden sivun matriisi. Suunnitelmassa tärkeimmäksi kehittämiskohteeksi nostetaan Vaasan yhteispäivystyksen organisaation ja toiminnan suunnittelu. Yhteistyötä päivystyksen osalta kuvataan näin:

”Ensihoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä kehitetään. Pyritään mahdollistamaan terveystieteiden vuodeosastojen järkevä hyödyntäminen virka-ajan ulkopuolella sellaisten potilaiden kohdalla, jotka eivät ensihoidon tekemän arvion perusteella vaadi erikoissairaanhoidon” (Vaasa, 75).

Kuvantamispalvelut on käyty läpi Vaasan suunnitelmassa kiitettävästi. Nykytila-osiossa käydään läpi yksityiskohtaisesti kuvantamispalveluiden järjestäminen. Nykytila alueella on kuitenkin jokseenkin sekava ja osiossa *Visio* kuvataan periaatteita joilla palvelut voitaisiin tulevaisuudessa järjestää. Kuvantamispalveluita koskevassa matriisissa summataan konkreettiset tavoitteet kuvantamispalveluiden osalta ja tavoitteet ovatkin muotoa ”Luodaan mahdollisuus alueelliselle..”, ”[I]uodaan mahdollisuus integroidulle..”, ”[I]uodaan mahdollisuus yhteen sovitetuille..” (Vaasa, 87).

Myös lääkinnällinen kuntoutus on Vaasan suunnitelmassa kuvattu laajasti. Yhteistyötä koordinoidaan alueella kuntoutuksen yhteistyöryhmän taholta (Vaasa, 102). Kuntoutuksen osalta palveluita olisi syytä yhtiäistä, suunnitelmassa todetaankin, että:

”Yhteensovittamista koskevat puutteet aiheuttavat tarpeettomia kuluja” (Vaasa, 103) ja

”Ostopalvelusuositusten käsittely ei ole tasapuolista” (Vaasa, 103).

Puutteet on nostettu selkeästi esille ja suunnitelmassa esitetään kahden sivun matriisi kehitettävissä kohteista kuntoutuksen osalta, konkreettiset menetelmät niiden saavuttamiseksi sekä näiden seuranta ja vastuutahot (Vaasa, 105-106).

Perusterveydenhuollon kanssa tehtävästä yhteistyöstä on useita mainintoja Vaasan järjestämissuunnitelmassa, laajemmin asiaa käydään läpi kappaleen 3.4 *Osa-alue: Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen yhteistyö: Hoito- ja palveluketjut* (poislukien geriatriinen ja ak. psyk. potilas) osassa *Muu yhteistyö*. Perusterveydenhuollon osalta yhteistyötä tehdään päivystyksen, koulutuksen, sovittelun ja kehittämishankkeiden osalta (Vaasa, 98), mutta myös mahdollisuuksia on:

”Monessa yhteydessä yhteistyö olisi hyödyllistä, esimerkiksi lakisääteisten toimintasuunnitelmien laadinnassa, ennaltaehkäisevän työn suunnittelussa ja laatutyössä” (Vaasa, 98).

Vastuuta yhteistyön tukemisesta annetaan perusterveydenhuollon yksikölle (Vaasa, 98).

Palveluketjut antavat eniten konkreettista tietoa yhteistyöstä erikoissairaanhoidon kanssa ja välillä. Poikkeuksena tästä on päihde- ja mielenterveyspalvelut, erityisesti psykiatrian tilanne, joita käsitellään omassa kappaleessaan. Erikoissairaanhoidon palveluille tai yhteistyölle ei ole varattu omaa kappalettaan. Yhtenä konkreettisena yhteistyön muotona suunnitelmassa nostetaan esille yhteiset indikaattorit:

”Koko sairaanhoitopiirin alueella tulee sopia ainakin yhteisistä minimi-indikaattoripaketeista, jotka ovat käytössä koko sairaanhoitopiirin alueella” (Vaasa, 96).

Sosiaalihuollon kanssa tehtävästä yhteistyöstä sosiaalityön osalta kirjoitetaan myös kappaleessa 3.4:

”Sosiaalityössä tehdään tavoitteellista, pitkäjänteistä ja moniammatillista työtä sosiaalisen tuen sekä tarvittaessa taloudellisen tuen tarpeessa olevan asiakkaan kokonaisvaltaisen kuntoutumisen ja elämäntilanteen hallinnan edistämiseksi. Työ sisältää kunnissa usein yhteistyötä useiden eri amattilaisten ja palveluntuottajien kesken” (Vaasa, 97)

Yhteistyötä myös hoitoketjujen muodossa on:

”Pohjanmaan maakunnan alueella on eri hankkeissa mallinnettu sosiaalipalvelujen hoito- ja palveluketjuja, esimerkiksi perhetyön palveluketju, mutta näitä ei ole sovitettu yhteen” (Vaasa, 97).

Lääkehuoltoa käsitellään Vaasan suunnitelmassa omassa kappaleessaan 3.2.3 *Lääkehuoltopalvelut*. Kappaleessa kuvataan jo käynnissä olevia yhteistyön muotoja esim. keskitetyn sairaala-apteekin osalta. Tulevaisuuden osalta suunnitelmassa todetaan, että:

”Keskitettyjä lääkehuollon palveluita edelleen kehitetään. Pyrimme jatkossakin ohjaamaan sekä sisäisiä että ulkoisia yksiköitä taloudelliseen, rationaaliseen, turvalliseen ja tehokkaaseen lääkekäyttöön sairaanhoitopiirin alueella” (Vaasa, 89).

Lääkehuoltopalveluiden osalta suunnitelmassa on myös matriisi, joka sisältää useita tavoitteita ja konkreettisia toimenpiteitä näiden saavuttamiseksi, mm. erä-yhteistyön vulla (Vaasa, 90).

Yhteistyöesimerkkejä muiden toimijoiden kanssa suunnitelmassa on vähän. Yksi näistä on kappaleessa 3.3.3.2 kuvattu koululähettiläsverkosto (terveyden edistämisen välineenä), jossa yhteistyössä ovat alueen ammattiopistot ja ammattikorkeakoulut (s. 94). Hoito- ja palveluketjuissa suunnitteluun aiotaan ottaa mukaan potilasjärjestöjen edustajat (s. 99) ja psykiatrian suunnittelussa omaisjärjestöt (s. 116).

Kysymys siitä miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella, on esitetty kattavasti Vaasan järjestämissuunnitelmassa. Yhtenä tietoväylänä on alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus ATH. Väestömäärän tiedot on esitetty Tilastokeskuksen tietojen perusteella ja terveyden ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot esitetään pohjautuen THL:n CHESS-yksikön tarjoamiin tietoihin. Muina tilastolähteinä mainitaan SOTKANet ja terveytemme.fi. Suunnitelmassa kuitenkin todetaan, että:

”Eri organisaatioiden tuottamat käynti- ja hoitajaksoilastot kuvaavat paremmin palveluiden tarjonnan kuin todellisen tarpeen määrää. [...] Toistaiseksi eri asiakastietojärjestelmien tilastointiraportteja ei ole voitu hyödyntää palveluketjujen ja toiminnan suunnittelussa” (Vaasa, 96).

Perusterveydenhuollon palvelutarpeen seurannasta voidaan myös mainita vanhustenhuollon nykytilan kapaleessa esitetyt tk-sairaalatilastot, joissa esitetään tietoja hoitajakoista ja niiden kustannuksista sivulla 112.

Erikoisaloittaista palveluntarvetta seurataan varmasti osittain samoista tilastoista, mutta pelkästään eri erikoisaloihin liittyviä tietokanavia ovat KELA:n Terveyspuntarin kansantaudit-tilasto ja erilaisista matriiseista suunnitelmatasolla löytyvät tietolähteet kuten erikoissairaanhoidon tuottamat tiedot palveluiden toteutuneesta käytöstä, lähetemääristä ja jonoista (s. 101) ja mielenterveyshuollon osalta hoitosuunnitelmien määrästä (s. 118).

Vaasan järjestämissuunnitelmassa kuvataan miten väestön perusterveydenhuollon palvelutarpeeseen vastataan esittämällä miten palvelut on alueella järjestetty kautta suunnitelman. Tämän lisäksi Vaasan suunnitelmassa kerrotaan, että alueella on lähdetty hyödyntämään POTKU-hankkeen kautta terveyshyötymallia (Chronic Care Model) (Vaasa, 100).

Terveydenhuoltolain 3 § 2:ssä kuvatut ns. kansanterveyshuollon palvelut on kuvattu Vaasan suunnitelmassa sekä alkukapaleessa *2.1 Rakenteet* että suunnitelman muissa kohdissa mm. *3.8 Päihde- ja mielenterveys-*työ.

Vaasan järjestämissuunnitelma erottuu muista vertailussa olevista suunnitelmissa kehittämisen osalta sekä hyvässä että huonossa. Suunnitelmasta löytyy lukuisia matriiseja, joissa käydään kehittämisen kohteet, menetelmät ja tavoitteet läpi selkeästi ja asiantuntevasti. Ikävä kyllä, suunnitelmassa ei käydä läpi miten alueella terveyskeskukset ja muut terveydenhuollon toimijat tekevät yhteistyötä perusterveydenhuollon kehittämiseksi. Tosin on todettava, että monet yksittäiset kehittämisen kohteena olevat osa-alueet kuuluvat perusterveydenhuollon piiriin ja alueella on otettu käyttöön terveyshyötymalli, mikä on itsessään laaja kehittämisen väline.

Laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden osalta Vaasan suunnitelmassa on monia mainintoja ja suunnitelmia. Näistä todetaan mm. näin:

”Sairaalahygienia ja tartunnantorjunnan tietotaidon osaamiskeskittymä löytyy keskussairaalasta, mutta sen käyttö sairaanhoitopiiriin alueella esimerkiksi perusterveydenhuollossa riippuu paikallisesti toimivien yksittäisten ihmisten aktiivisuudesta” (s. 81) mutta tilanteen korjaamiseksi esitetään useita toimenpiteitä mm. laboratoriopalveluiden matriisissa:

”Luodaan samantasoinen koulutus, informaatio ja konsultaatio alueella” (Vaasa, 82).

Mittareina mainitaan mm. henkilöstön koulutuskortit ja HaiPro (Vaasa, 82).

Mainintoja erilaisista koulutuksista palveluihin liittyen on suunnitelmassa useita.

Viimeisenä tarkastelun kohteena Vaasan suunnitelmasta on sopiminen hoitoketjuista ja hoitosuunnitelmista sekä yhteistyöstä ja toteutumisesta niihin liittyen. Näistä todetaan kappaleessa 3.4.2 *Nykytila – Hoitoketjut* näin:

”Useimpien sairauksien kohdalla perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen työnjako on vaikiintunutta, vaikka hoitoketjuja ei ole kuvattu” (Vaasa, 97)

Suunnitelmassa kerrotaan, että sairaanhoitopiirissä on laadittu 37 paikallista hoitoketjua, joista

”..vain muutama hoitoketjuista on laadittu erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon konkreettisena yhteistyönä, useimmat hoitoketjut ovat erikoissairaanhoidon laatimia” (Vaasa, 97).

Hoitoketjujen nykytilasta voitaisiin nostaa useita muitakin huomioita esille, mutta tärkeintä tässä on kuitenkin hoito- ja palveluketjujen erittäin hyvä matriisi, jossa esitetään konkreettisia hoito- ja palveluketjuja ja muita palveluita ja toimintoja näihin liittyen. Matriisista löytyy vastuutahot ja aikataulut, mikä on erityisen hyvä asia.

Kun katsotaan kokonaisuutta, Vaasan suunnitelmassa on selkeästi esitetty kehittämiskohteet, niiden tavoitteet, seuranta ja vastuut. Tämä on erinomainen esimerkki siitä, miten järjestämissuunnitelma toimii vastuiden sopimisen ja yhteisen kehittämisen työkaluna. Tulevaisuudessa perusterveydenhuollon kehittämistä tulisi tarkastella tarkemmin suunnitelmassa.

Taulukko 9. Vaasan yhteenvedotaulukko

	Asia on käsitelty suunnitelmassa niukasti	Asia on käsitelty suunnitelmassa lain ja asetuksen edellyttämällä tavalla	Asia on käsitelty suunnitelmassa laajasti
Sovittu kuntien yhteistyöstä		x	
Sovittu terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuuta-hoista		x	
Sovittu terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä		x	
Sovittu päivystyspalveluista			x
Sovittu kuvantamispalveluista			x
Sovittu lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä erikois-sairaanhoidon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä sosiaali-huollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä lääke-huollon kanssa.		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa		x	
Sovittu miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella			x
Sovittu miten erikoisaloittaista palvelujen tarvetta ja näihin vaikuttavia tekijöitä arvioidaan alueella		x	
Sovittu miten sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella vastataan väestön perusterveydenhuollon tarpeeseen		x	
Sovittu terveydenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa tarkoitettujen perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä		x	
Sovittu yhteistyöstä perusterveydenhuollon kehittämisessä		x	
Sovittu yhteistyöstä laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta alueella			x
Sovittu miten hoitoketjut tai alueelliset hoitosuunnitelmat laaditaan yhteistyössä ja miten niiden toteutumista seurataan			x

Pirkanmaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelma vuosille 2013-2016

Pirkanmaan Terveystieteiden ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa on sovittu kuntien yhteistyöstä sekä suunnitelman laatimisesta että palveluiden järjestämisestä. Suunnitelman laatimisvastuu oli Tampereen kunnalla, muut alueen kunnat ottivat osaa suunnitelman kustannuksiin. Suunnitelman laatimisessa on käytetty myös ulkopuolisia asiantuntijoita. Alkuun on nostettava esille suunnitelman johdantoon kuvattu lause:

”Ohjausryhmä katsoi tarpeelliseksi, että suunnitelmaan otetaan selvät kehitettävät painopistealueet, eikä kuvata uudelleen nykytilaa, joka on esitetty yksityiskohtaisesti vuoden 2010 suunnitelmassa” (Pirkanmaa, 3).

Terveystieteiden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteista ja vastuutahoista myös Pirkanmaan suunnitelmassa viitataan kuntien hyvinvointikertomuksiin:

”Vastuu väestön terveyden edistämisestä on kunnilla” sekä

”Terveystietolain mukaan kuntien tulee laatia erillinen hyvinvointikertomus, minkä takia siihen kirjataviin asioihin ei oteta yksityiskohtaisesti kantaa tässä suunnitelmassa” (Pirkanmaa, 12).

Pirkanmaa on jättänyt suunnitelmasta liiallisen nykytilan kuvaamisen pois ja pystyy linjaamaan tulevaisuuden tavoitteita konkreettisilla ideoilla. Terveystieteiden edistäminen ja ehkäisevä toiminta- kappaleen linjaukset-osiossa kirjoitetaan mm., että:

”Terveystieteiden edistäminen nostetaan kansansairauksien ehkäisystä alueiden vetovoimaisuutta ja hyvinvointia edistävälle tasolle ottamalla kaikki tahot elinkeinoelämä mukaan lukien mukaan suunnitteluun ja toimeenpanoon” (Pirkanmaa, 13).

Terveystieteiden palveluiden järjestäminen on kuvattu selkeästi suunnitelmassa:

”Perusterveydenhuollon järjestämisestä vastaavat kunnat samalla, kun ne ovat vastuussa muistakin kunta-laisten hyvinvointiin vaikuttavista palveluista. [...] On kuitenkin lukuisia erityispalveluita, joita on järkevää tarjota lähellä kuntalaisia, mutta joiden järjestämiseen tarvitaan suuruudeltaan 20 000- 50 000 asukkaan väestöpohja. Näiden järjestämiseksi tulee löytää kuntien välisiä yhteistyöratkaisuja” (Pirkanmaa, 16). Linjaukset-kappaleessa asiasta vielä jatketaan, että:

”Vaativimpien palveluiden turvaamiseksi muodostetaan yhteistyöverkostoja, joiden väestöpohja on 50 000 – 100 000 tehtävästä riippuen” (Pirkanmaa, 17).

Päivystyspalveluiden järjestämisen kuvaaminen on Pirkanmaan suunnitelmassa esitetty kiitettävällä tavalla taulukkomuodossa (s. 14), jossa rivitasolla ovat otsakkeet ”Toimija/Ympäri vuorokautinen päivystys (24/7)/Viikonloppu ja ilta päivystys/Yksiköiden oma päivystys” ja saraketasolla on lueteltu suuri joukko eri toimijoita. Taulukosta käy erittäin selvästi ilmi miten päivystyspalvelut on alueella järjestetty.

Terveystietolain mukaan järjestämissuunnitelmassa on sovittava myös kuvantamis- ja lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista. Pirkanmaan suunnitelma kuvaa nykytilaa vaikeaksi:

”Kuvantamistoimintaan liittyy säädöksiä, joita pienissä yksiköissä on vaikea toteuttaa. [...] Kun lisäksi on pulaa koulutetuista työntekijöistä, on kuvantamisyksiköiden ylläpito käynyt raskaaksi terveyskeskuksille” (Pirkanmaa, 21).

Pirkanmaa kuvaa ratkaisun kuitenkin linjaukset-kappaleessa:

”Pirkanmaan alueella kaikki terveyskeskusten ja sairaaloiden rtg-yksiköt siirretään osaksi kuvantamisliikelaitos Akua” (Pirkanmaa, 22).

Lääkinnällisen kuntoutuksen osalta tilanne ei myöskään näytä valoisalta:

”Hyvin hajallaan oleva toimintatapa ei tue riittävää osaamista, oikea-aikaista kuntoutusta eikä turvaa eri kuntien asukkaille yhdenvertaisia palveluita”

Tilanteen ratkaisemiseksi Pirkanmaan suunnitelmassa lukee, että:

”Alueellista kehittämistä varten on luotava riittävän laaja koordinaatioryhmä, jossa sovitaan esimerkiksi apuvälinepalveluiden työnjako ja kehittäminen ja kuntoutuksen muiden avopalveluiden linjaukset..” sekä

”Sairaanhoitopiirin kuntoutuksen asiantuntijayksikön tehtävänä on koordinoita ja kehittää vaativan erikoissairaanhoidon, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kuntoutusta” [...] ”Perustetaan terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirin yhteinen kuntoutuksen kehittämisryhmä” (Pirkanmaa, 19).

Yhteistyölle Pirkanmaan järjestämissuunnitelmassa on varattu oma kappale 3.3 *Yhteistyö*. Kappaleessa käsitellään perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon kanssa. Myös konkreettisia ideoita esitellään suunnitelmassa:

”Yhteistyö terveydenhuollon ja sosiaalitoimen ja muiden toimijoiden kanssa lisää toisen työn ymmärrystä ja arvostusta ja sitä kautta yhteisen asiakkaan hoidon sujuvuutta. Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja yksityissektorin välillä tarvitaan nykyisten tapaamisten lisäksi uusi yhteistyöfoorumi, jossa voidaan keskustella terveyspalveluiden tarjonnasta, hankinnasta ja uusista tuotteista ennen kuin yksiköt aloittavat talousarvioiden laadinnan” (Pirkanmaa, 9).

Lääkehuollon osalta yhteistyötä on käsitelty omassa pienessä kappaleessaan, jossa yhteistyötä kuvataan, mutta myös haasteita otetaan esille. Linjaukset-osiossa esitetään, että:

”Yhteisiä työntekijöitä käyttämällä terveyskeskusten on mahdollista hankkia osastohoitoon farmaseuttista osaamista” (Pirkanmaa, 22).

Muiden tahojen osalta Pirkanmaa suhtautuu suunnitelmassaan yhteistyöhön järkevästi:

”On tarkoituksenmukaista ottaa käyttöön kaikki sairaanhoitopiirin alueella olevat voimavarat yksityissektori mukaan lukien” (Pirkanmaa, 9).

Sekä terveyden edistämistä koskevissa linjauksissa:

”Terveyden edistäminen nostetaan kansansairauksien ehkäisystä alueiden vetovoimaisuutta ja hyvinvointia edistävälle tasolle ottamalla kaikki tahot elinkeinoelämä mukaan lukien mukaan suunnitteluun ja toimeenpanoon” (Pirkanmaa, 13).

Valtioneuvoston asetuksessa 337/2011 todetaan, että terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa tulisi olla sovittuna miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella. Pirkanmaan suunnitelmasta voidaan nostaa kaksi eri tapaa kuvata tätä. Ensinnäkin Pirkanmaan suunnitelmassa esitetään erilaisia indikaattoreita, joilla palvelujen tarvetta on seurattu, näitä ovat sairastavuusindeksi ja Kelan kansanterveyssairauksien indeksi, muita tietolähteitä ovat suunnitelman mukaan olleet THL:n TEAvisari sekä tarvevakioidut menot terveyden- ja vanhustenhuollon osalta. (Pirkanmaa, 4-5). Pirkanmaan suunnitelmassa on myös esitetty erittäin havainnollistava osio ”*Seurantamittarit suunnitelmakaudelle 2013-2016*”, jossa on kiinnitetty huomiota järjestämissuunnitelman seurantaan, mutta lisäksi myös erilaisiin mittareihin jotka ovat yhteydessä perusterveydenhuollon palvelutarpeen arviointiin, esimerkiksi kontrollikäyntien määrään per kunnan asukas terveyskeskuksessa ja sairaanhoitopiirissä. (Pirkanmaa, 29-32).

Valtioneuvoston asetuksessa todetaan samaa myös erikoisaloittaisten palveluiden osalta kuin yllä. Näiden osalta Pirkanmaan suunnitelmassa todetaan mm., että:

”Laaditaan luettelo kuntien erikoissairaanhoitona toteutettavista palveluista ja niistä erikoissairaanhoidon palveluista, jotta ehdottomasti vaativat keskittämistä” sekä

”Yhtenäistetään tuotteistusta ja tuotteiden kuvausta vertailtavuuden ja kilpailutuksen helpottamiseksi” (Pirkanmaa, 16).

Varsinaisia palvelutarpeen arviointeja tulevaisuuden osalta on esitetty suunnitelmassa päihde- ja mielenterveyspalveluiden ja ikääntyvän väestön hoivan osalta. Suunnitelman lopussa olevat mittarit koskettavat myös erikoisaloittaisia palveluita. Arviointia toteutetaan mm. lähteitä seuraamalla (Pirkanmaa, 30).

Miten Pirkanmaan suunnitelmassa vastataan kysymykseen siitä millä tavoin alueella vastataan perusterveydenhuollon palvelujen tarpeeseen? Ensimmäinen hyvä periaatteellinen linjaus löytyy sivulta 7:

”Kaikki tekniikka, joka vapauttaa henkilöstön potilastyöhön, tulee ottaa käyttöön (esim. mobiiliteknologia, puheentunnistus, valmiit tallennusfraasit)” (Pirkanmaa, 7).

Kaksi muuta laajempaa kokonaisuutta suunnitelmassa ovat asiakaslähtöisyys ja terveyshyötymalli. Ensimmäinen näky linjauksissa mm. näin:

”Toimintaa kehitetään ’yhden luukun’-periaatteella toimivaksi” ja

”Palveluiden saatavuutta parannetaan uusilla palveluilla (sähköiset palvelut, ryhmätoiminnot)” (Pirkanmaa, 8).

Terveyshyödyn osalta todetaan, että:

”Palvelut kohdennetaan asiakastarpeiden mukaisesti asiakkaiden kokemuksia hyödyntämällä” ja linjauksissa ”Otetaan käyttöön mittareita, jotka kertovat hoidon vaikuttavuudesta (esim. 15D)” (Pirkanmaa, 9).

Mitä tulee terveydenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa tarkoitettuihin palveluihin, Pirkanmaan suunnitelmassa niistä suurin osa käydään läpi jossain suunnitelman osiossa vaikka omaa kappaletta tälle kohdalle ei olekaan. Ympäristöterveydenhuolto ja terveystarkastukset ovat jääneet kuitenkin huomiotta tässä suunnitelmavaiheessa tai niiden järjestäminen on muiden toimijoiden vastuulla.

Pirkanmaan järjestämissuunnitelmassa on kappale *Perusterveydenhuollon vahvistaminen*, jossa käydään laajasti läpi kappaleen nimenmukaista aihetta. Valtioneuvoston asetuksessa todetaan, että suunnitelmassa tulisi olla sovittuna miten terveyskeskukset ja muut terveydenhuollon toimijat tekevät yhteistyötä alueen

perusterveydenhuollon kehittämisessä ja sen tueksi tarvittavan arvioinnin ja tutkimuksen toteuttamisessa. Tähän Pirkanmaan suunnitelma vastaa kiitettävästi, mm. näin:

”Perusterveydenhuollon vahvistamiseksi tarvitaan terveystieteiden moniammatillisen kehittämis- ja tutkimustoiminnan edellytysten ja rakenteiden vahvistamista ja kehittämiskulttuurin muutosta. Tämä tarkoittaa työkäytäntöjen, -menetelmien ja sisältöjen kehittämistä, osaamisen ja muutoksen johtamista mittaamisen ja tiedon avulla sekä perusterveydenhuollossa tehtävän tieteellisen tutkimustoiminnan aktivoitumista” (Pirkanmaa, 24).

Potilasturvallisuuden osalta suunnitelma keskittyy vahvasti tietojärjestelmänäkökulmaan ja nojaa Terveystieteenhuoltolain asettamiin vaatimuksiin. Linjauksissa oman alueen toiminta on selkeää:

”Kaikissa Pirkanmaan terveydenhuoltoyksiköissä laaditaan potilasturvallisuussuunnitelma käyttäen samaa runkoa ja käytetään HaiPro-ohjelmaa, joka on terveystieteidenmaksuton” (Pirkanmaa, 10).

Laadunhallinnasta kirjoitetaan erilaisten laatukriteerien kautta suunnitelmassa mm. hoitoketjujen ja kuvantamispalvelujen osalta, mutta omaa erillistä käsittelyä laadunhallinnasta ei ole.

Hoitoketjujen osalta tilanne on sama kuin laadunhallinnan. Omaa kappaleita hoitoketjuille tai alueellisille hoitosuunnitelmille ei ole, mutta suunnitelma sisältää useita mainintoja hoitoketjuista sekä palveluketjuista. Hoitoketjuja on suunniteltu yhteistyön muodoiksi ainakin näillä sektoreilla:

”Lasten mielenterveydenhoitoon hoitoketju tulee juurruttaa ja ottaa käyttöön kaikissa kunnissa” (18)

”Laaditaan geriatrisen potilaan akuuttihoitoon hoitoketju” (18).

Hoitoketjujen vastuita kuvataan suunnitelmassa:

”Perusterveydenhuollon yksikkö on mallintanut Pirkanmaalla tavan, jolla erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyönä laaditaan alueelliset hoitoketjut ja niiden juurruttaminen. Hoitoketjujen juurruttaminen talon tavoiksi on osa terveystieteiden ja erikoissairaanhoidon toiminnan kehittämistä. [...] Jatkossa hoitoketjut kytketään tehokkaammin lähetekäytäntöihin, sopimusneuvotteluihin ja järjestämissuunnitelman toimeenpanoon” (Pirkanmaa, 25).

Pirkanmaan suunnitelman vahvuutena on perusterveydenhuollon palvelutarpeeseen vastaaminen. Nykytilan kuvaamiseen ei ole niinkään kiinnitetty huomiota, mutta asiaan otetaan selkeä kanta suunnitelman alussa. Pirkanmaan suunnitelmassa nostetaan rohkeasti esille ongelmakohtia ja otetaan kantaa siihen, miten näihin ongelmiin ja haasteisiin aiotaan vastata. Tarkennusta suunnitelmassa voisi olla esimerkiksi lääkehuollon kanssa tehtävän yhteistyön osalta.

Taulukko 10. Pirkanmaan yhteenvetotaulukko.

	Asia on käsitelty suunnitelmassa niukasti	Asia on käsitelty suunnitelmassa lain ja asetuksen edellyttämällä tavalla	Asia on käsitelty suunnitelmassa laajasti
Sovittu kuntien yhteistyöstä		x	
Sovittu terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuuta-hoista		x	
Sovittu terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä			x
Sovittu päivystyspalveluista			x
Sovittu kuvantamispalveluista		x	
Sovittu lääkkinnällisen kuntoutuksen palveluista		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon kanssa			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä erikois-sairaanhoidon kanssa			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä sosiaali-huollon kanssa			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä lääke-huollon kanssa.		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa		x	
Sovittu miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella			x
Sovittu miten erikoisaloittaista palvelujen tarvetta ja näihin vaikuttavia tekijöitä arvioidaan alueella			x
Sovittu miten sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella vastataan väestön perusterveydenhuollon tarpeeseen			x
Sovittu terveydenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa tarkoitettujen perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä		x	
Sovittu yhteistyöstä perusterveydenhuollon kehittämisessä			x
Sovittu yhteistyöstä laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta alueella		x	
Sovittu miten hoitoketjut tai alueelliset hoitosuunnitelmat laaditaan yhteistyössä ja miten niiden toteutumista seurataan		x	

Terveysthuollon järjestämissuunnitelma - Etelä-Pohjanmaa 2013-2016

Etelä-Pohjanmaan järjestämissuunnitelma on kaikkein mittavin järjestämissuunnitelma valtuustokauden 2013-2016 suunnitelmista. Sivumäärä on massiivinen 277, joista toki osa on liitteitä. Suunnitelman rakenne on selkeä, vaikka kappaleita on huomattava määrä. Erityisen hyvää suunnitelmassa on se, että sivuilta näkyy kuntien ääni erilaisten kuntakohtaisten huomioiden avulla.

Kuntien yhteistyötä löytyy suunnitelmasta valtavasti. Perusterveydenhuoltoa ja toimijoita on käsitelty mitattavasti kappaleessa 9.2.1 *Integraatio*. Tässä osiossa käsitellään palveluita kuntayhtymien kautta erilaiset palvelut kuntayhtymäkohtaisesti määritellen. Hyvä esimerkki on taulukko 17 sivuilla 80-82, jossa kuvataan ikäihmisten palveluita kuntayhtymissä.

Terveysten ja hyvinvoinnin edistämisen kappale kehottaa lukijaa siirtymään tarkempien tietojen saamiseksi perusterveydenhuollon yksikköä käsittelevään kappaleeseen. Tästä kappaleesta löytyykin tavoitteita tervetysten edistämiseen liittyen. Kappaleen kuvan 28 mukaan tervetserot nousevat viidestä painopistealueesta, tai riskiryhmästä, joihin alueella aiotaan vaikuttaa. Näitä ovat savuttomuus ja päihteet, ravinto ja painonhallinta, liikunta, tapaturmat sekä mielenterveys (Etelä-Pohjanmaa, 156).

Palveluiden järjestäminen on käyty erittäin laajasti läpi Etelä-Pohjanmaan suunnitelmassa. Asialle on omistettu oma kappale, mutta sen lisäksi olennaista tietoa löytyy myös muualta. Kappaleessa 8. *Palvelujen järjestäminen* (3§) on annettu perustiedot lähinnä siitä, mitä palveluiden tulee pitää sisällään. Sivulla 61 olevasta kuvasta 14 *Julkisen tervetysthuollon rakenne Etelä-Pohjanmaalla* käy ilmi peruspalveluiden rakenne yhteistoiminta-alueineen (Etelä-Pohjanmaa, 61). Tarkemmat tiedot palveluiden tuottamisesta löytyvät myös suunnitelmasta, sillä esimerkiksi tervetyskeskukset, tervetysasemat ja tervetyspalveluasemat on käyty läpi taulukossa 13 sivulla 70.

Kappale 17 *Kiireellinen sairaanhoito* käsittelee päivystyspalveluita ja niiden järjestämistä. Kappale alkaa tiedolla siitä, mistä löytyvät alueen tervetyskeskuspäivystykset ja mihin aikaan ne ovat auki. Tätä tietoa tukee myös hyvä kartta ja erillinen tarkempi osio missä käydään läpi aluekohtaisia tietoja päivystystoiminnan kehittämisestä (Taulukko 55, sivut 208-210). Yhteisissä tavoitteissa on paljon asiaa, esimerkiksi:

”Päivystystoimintaa tehostaa parhaiten ajanvarausvastaanottotoiminnan kehittäminen tervetysshyötymallin mukaisesti” (Etelä-Pohjanmaa, 214).

Kappaleessa 16.2. kerrotaan kuvantamispalveluista ja yhteistyöstä. Kappaleen alusta löytyy kartta, joka paljastaa alueelta löytyvät röntgenlaitteet. Aluekohtaisista näkemyksistä käy ilmi tarkemmin eri alueiden kuvantamispalveluiden ominaispiirteitä. Sairaanhoidopiirin näkemyksessä vähällä käytöllä olevia palveluita aiotaan vähentää:

”Nätiiviröntgentutkimukset tulevat edelleen vähentymään. Jo nyt monessa tutkimuspaikassa kuvausmäärät ovat vähäiset ja toiminta tehotonta” (Etelä-Pohjanmaa, 164).

Yhteinen tavoite sisältää yhden, mutta vahvan lausuman yhteistyön puolesta:

”Erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto sopivat tarkoituksenmukaisista järjestelyistä radiologian toimintayksikön koordinoimana” (Etelä-Pohjanmaa, 165).

Lääkinnälliseen kuntoutukseen on omistettu peräti 6 sivua tilaa. Suunnitelman normaalin kaavan mukaisesti tietoa löytyy palveluiden nykytilasta, yhteistoiminta-alueiden näkemyksestä, sairaanhoidopiirin näkemyk-

sestä sekä yhteisestä tavoitteesta ja tahtotilasta. Sivulta 191 löytyy mielenkiintoinen havainnollistava kuva apuvälinepalveluprosessista. Tavoitteista löytyy myös yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa:

”Alueen resurssit kartoitetaan, myös kolmannen sektorin osalta” ja

”Lääkinnällisestä kuntoutuksesta laaditaan yksityiskohtaisempi alueellinen suunnitelma yhdessä perusterveydenhuollon kanssa Kuntoutuksen yksikön johdolla alkaen vuonna 2013” (Etelä-Pohjanmaa, 192).

Perusterveydenhuollon yhteistyö käsittää Etelä-Pohjanmaan suunnitelmassa kolme osa-aluetta: kuntien terveyskeskusten yhteistyö, työterveyshuolto ja erityistilanteisiin varautuminen. Terveyskeskusten osalta viitataan yhteistoiminta-alueiden omiin suunnitelmiin, mutta tavoitteista löytyy kuitenkin erilaisten yhteistyöryhmien ja verkostojen hyödyntäminen ja:

”Hyödynnetään tulevien rakennemuutosten antamat mahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä maakunnallisena kokonaisuutena alueelliset erityistarpeet huomioon ottaen” (Etelä-Pohjanmaa, 113).

Yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa löytyy monista kohdista ja monilta pienemmiltä toiminnan osa-alueilta, mutta yksi konkreettinen esimerkki löytyy kappaleesta *16.12. Sairaanhoidopiirin järjestämät konsultaatiopalvelut ja tuki terveyskeskuksille*. Kappaleessa käydään läpi eri erikoisalojen mahdollisuuksia tarjota tukea perusterveydenhuoltoon. Tavoitteisiin on asiasta kirjattu, että konsultaatiopalveluja lisätään käytettävissä olevien resurssien mukaisesti (Etelä-Pohjanmaa, 199).

Yhteistyötä löytyy erityisesti osastohoidosta:

”Valmistellaan maakunnallinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteinen osastohoidon strategia” (Etelä-Pohjanmaa, 201).

Yhteistyötä on käsitelty myös paljon kappaleessa *16 Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö (7§)*, jossa erilaisia tukipalveluja käydään läpi yhteistyön näkökulmasta.

Yhteistyötä sosiaalihuollon kanssa on käsitelty kappaleessa *19 Yhteistyö muiden toimijoiden kanssa (10§)*. Eri toimijoiden näkemykset on otettu hyvin huomioon ja kirjattu esille suunnitelmaan. Yhteinen tavoite ja tahtotila kertovat, että:

”Yhteistoiminta-alueet tiivistävät sosiaali- ja terveystoimen yhteistyötä potilaslähtöisten, terveysosiaalisien palvelukokonaisuuksien kehittämiseksi” (Etelä-Pohjanmaa, 239)

SONet Botnian näkemyksestä löytyy terve lähtökohta:

”KehittämISRakenteiden elävä, arkipäivän yhteistyö on tärkeintä. Tarvitaan eheä sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelurakenne, koska sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut liittyvät potilaiden arjessa kiinteästi toisiinsa” (Etelä-Pohjanmaa, 238).

Yhteistyötä lääkehuollossa on ja suunnitelmaan on kerätty järjestelmällisesti perusterveydenhuollon näkemyksiä lääkehuollon kehittämisestä. Tämän lisäksi kappale *16.6 Lääkehuolto* sisältää nykytilan kuvauksen, sairaanhoidopiirin näkemyksen ja pohdintaa lääkehuollon kehittämisen eduista ja haitoista. Yhteinen tavoite ja tahtotila paljastavat, että:

”Sairaala-apteekki kartoittaa vuoden 2012 aikana yhteistoiminta-alueiden halukkuuden koneelliseen annosjakeluun. Palvelu voisi käynnistyä aikaisintaan vuoden 2014 aikana” (Etelä-Pohjanmaa, 176).

Muita yhteistyökumppaneita on käyty läpi omassa kappaleessaan, jossa on otettu esille neljä eri yhteistyötoimijoiden kenttää. Yksi näistä on yhteistyö terveydenhuollon ja kuntien sosiaalihuollon välillä, toisessa käsitellään muuta kuntayhteistyötä. Kolmannessa käsitellään taas yhteistyötä yksityisten toimijoiden kanssa ja viimeisessä järjestöjen kanssa. Kuntayhteistyön johdannossa asiaa tiivistetään näin:

”Poikkihallinnollista yhteistyötä tehdään moniammatillisissa työryhmissä eri toimijoiden kanssa: kuntien sivistys-, nuoriso- ja tekninen toimi, oppilaitokset, oppisopimustoimistot, poliisi ja palolaitos” (Etelä-Pohjanmaa, 239).

Järjestöjen kanssa tehtävän yhteistyön tavoite ja tahtotila-kentässä on kirjaus:

”Tavoitteena on yhteistyön lisääminen ja työnjaon kehittäminen toimijoiden kesken (sydänyhdistys, diabetesyhdistys, muut potilasjärjestöt, seurakunnat)” (Etelä-Pohjanmaa, 249).

Myös Etelä-Pohjanmaan suunnitelmassa kuvataan selvästi ne indikaattorit, joihin palvelutarpeen arviointi perustuu. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kehittämisyksikkö ja Aksila toimittavat suunnitelman mukaan säännöllisesti kunnille ja yhteistoiminta-alueille erilaisia tutkimus- ja tilastotietoja, näiden tietolähteistä suunnitelmassa todetaan että:

”Mittarit perustuvat ensisijaisesti THL:n ja muiden kansallisten toimijoiden tietokantoihin (Sotkanet, Sairastavuusindeksi, Kelasto, hyvinvointimittari)” (Etelä-Pohjanmaa, 50)

Etelä-Pohjanmaan järjestämissuunnitelmassa kuvataan selkeästi yhteistyö eri toimijoiden kesken näiden tietojen hyödyntämiseksi ja tätä kautta toiminnan kehittämisen tueksi, vertailua tehdään myös muihin sairaanhoitopiireihin (Etelä-Pohjanmaa, 50).

Erikoisaloittaista palvelutarvetta on käsitelty erittäin hyvin Etelä-Pohjanmaan suunnitelmassa. Sivulta 42 löytyvästä taulukosta saa tietoa kuntakohtaisesta sairastavuudesta syövän, sepelvaltimotaudin, aivoverenkiertosairauksien, TULE-sairauksien, mielenterveyden, tapaturmien ja dementian osalta. Kaikkien 20 kunnan osalta voi kätevästi katsoa indeksiluvun mainituista sairauksista ja verrata sitä keskiarvolukuun, mikä löytyy heti kunnan indeksiluvun alta. Näiden lisäksi sivun 105 taulukosta 33 löytyy tiedot somaattisen erikoissairaanhoidon hoitojaksoista 1000 asukasta kohti kuntakohtaisesti (Etelä-Pohjanmaa, 105).

Palvelutarpeen seurannasta ja arvioinnista on myös kirjattu mielenkiintoinen tavoite sivulla 50:

”Yhteistyö eri toimijoiden tuottaman tiedon kokoamiseksi ja keskinäisen työnjaon sopimiseksi on käynnistynyt sairaanhoitopiirin, Etelä-Pohjanmaan liiton, SONet BOTNIA:n ja muiden toimijoiden kesken” (Etelä-Pohjanmaa, 50).

Perusterveydenhuollon palvelutarpeeseen aiotaan vastata monella tavalla Etelä-Pohjanmaan alueella. Kaik-
kia esimerkkejä ei ole järkevää tässä luetella, mutta muutamia keskeisiä ovat esimerkiksi palveluiden avo-
hoidon ensisijaisuuteen panostaminen, mistä on kirjoitettu, että:

”Terveyskeskuslääkäri vastaa potilaan hoidosta. Terveysyhtymän mukaisesti potilaan kokonaishoito tapahtuu yhdessä potilaan sovitun terveys- ja hoitosuunnitelman mukaisesti” (Etelä-Pohjanmaa, 200).

Potku-hankkeesta löytyy tietoa sivuilta 135-136. Tästä on kirjoitettu muun muassa, että:

”Terveysyhtymän mukaisesti alueen terveyskeskusten toiminnan painopistealueita siirretään akuuttihoi-
dosta pitkäaikaissairaiden potilaiden suunnitelmalliseen hyvään hoitoon” (Etelä-Pohjanmaa, 135).

Terveystieteiden lain 3 § 2:n kohdassa tarkoitettuja palveluita, eli niin sanottua kansanterveystyötä, on käsitelty onnistuneesti. Työterveyshuollon palveluita ja yhteistyötä on käsitelty yhdessä perusterveydenhuollon kanssa tehtävän yhteistyön kanssa sivuilla 114-121. Suun terveydenhuolto löytyy myös suunnitelmasta, sivuilta 83-84. Ympäristöterveydenhuollosta on lukuisia mainintoja palveluiden järjestämisen yhteydessä.

Etelä-Pohjanmaan suunnitelmassa perusterveydenhuollon kehittämisen pohja on vuonna 2002 laaditussa terveysstrategiassa:

“Maakunnassa toteutettiin vuonna 2002 kunnianhimoinen hanke perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisen kehittämispolun löytämiseksi. Aloitteen teki sairaanhoitopiirin valtuusto. Todettiin, että pelkkä erikoissairaanhoidon strateginen suunnittelu ei riitä, vaan tavoitteena tulee olla myös perusterveydenhuollon vahvistaminen” (Etelä-Pohjanmaa, 124).

Järjestämissuunnitelmassa käydään läpi 11 strategista ehdotusta ja niiden toteutumista kuvataan vuoden 2012 osalta. Ehdotuksista todetaan suunnitelmassa:

“Järjestämissuunnitelma tarjoaa erinomaisen mahdollisuuden suunnitella ja sopia yhdessä, kuinka rakennamme terveydenhuoltopalvelut mahdollisimman potilaslähtöisiksi, joustaviksi, vaikuttaviksi, eettisesti ja ammatillisesti korkeatasoisiksi sekä kustannustehokkaiksi” (Etelä-Pohjanmaa, 126).

Strategisten ehdotusten pitkäjänteinen seuraaminen ja analysointi kertovat hyvistä lähtökohdista kehittämisen taustalla. Etelä-Pohjanmaan suunnitelmassa jatketaan erilaisten laajojen hankkeiden kuvaamisella, joihin sairaanhoitopiiri on osallistunut. Etelä-Pohjanmaan mittavasta selvityksestä tehdään yhteenvetoa lopussa otsikolla yhteinen tavoite ja tahtotila, jossa kirjoitetaan mm.:

“Perusterveydenhuollon vastaanotto toimintaa kehitetään lääkäri-hoitaja-työparimallin mukaisesti”

sekä:

“Rakennetaan terveyskeskuksiin moniammatillinen kehittäjäverkosto yhdessä alueellisten ja valtakunnallisten toimijoiden kanssa” (Etelä-Pohjanmaa, 144).

Potilasturvallisuutta ja laatua on käsitelty sivun verran kappaleessa 14.3 *Yhteistyö laadunhallinnassa ja potilasturvallisuudessa*. Kappaleessa kuvataan asioiden nykytila, yhteistoiminta-alueiden näkemys, sairaanhoitopiirin näkemys ja yhteinen tavoite ja tahtotila. Tavoitteita on kaksi:

”Kullakin EPSHP:n yhteistoiminta-alueella on käytössä laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelma vuoden 2013 loppuun mennessä” sekä

”Osallistutaan ERVA-alueen yhteisten laatuindikaattorien laadintaan” (Etelä-Pohjanmaa, 145).

Hoitoketjuja käsittelevä osuus ei ole saanut niin paljoa sisältöä suunnitelmassa kuin monet muut osuudet. Kappaleessa 16.1 *Hoitoketjujen laatiminen* kuvataan nykytila ja eri alueiden näkemykset aiheesta. Näistä käy ilmi ketjujen rakentamisen strategia:

”Hoito-, kuntoutus-, ja palveluketjujen rakentaminen aloitetaan terveydenhuoltoa eniten kuormittavista sairausryhmistä mahdollisimman suuren terveyshyödyn saavuttamiseksi” (Etelä-Pohjanmaa, 161). Kappaleessa on kerrottu 6 aihetta vuosien 2012-2013 hoitoketjuille. Kappaleessa on myös sovittu hyvin vastuista ja yhteistyöstä.

Kokonaisuutena Etelä-Pohjanmaan suunnitelma on laaja ja vastaa erittäin hyvin järjestämissuunnitelmalle asetettuihin sisältövaatimuksiin. Rakenne on selkeä ja lukija saa nopeasti luettua eri alojen tulevaisuuden tavoitteet esille eri aiheista. Jos suunnitelmaa halutaan kehittää, kannattaa pohtia, voisiko joitain osioita tiivistää. Alueiden näkemyksen ottaminen huomioon ja mielipiteiden kirjaaminen selkeästi suunnitelmaan on erittäin positiivista.

Taulukko 11. Etelä-Pohjanmaan yhteenvetotaulukko.

	Asia on käsitelty suunnitelmassa niukasti	Asia on käsitelty suunnitelmassa lain ja asetuksen edellyttämällä tavalla	Asia on käsitelty suunnitelmassa laajasti
Sovittu kuntien yhteistyöstä			x
Sovittu terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuuta-hoista		x	
Sovittu terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä			x
Sovittu päivystyspalveluista			x
Sovittu kuvantamispalveluista			x
Sovittu lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon kanssa			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä erikois-sairaanhoidon kanssa			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä sosiaali-huollon kanssa			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä lääke-huollon kanssa.			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa			x
Sovittu miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella			x
Sovittu miten erikoisaloittaista palvelujen tarvetta ja näihin vaikuttavia tekijöitä arvioidaan alueella			x
Sovittu miten sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella vastataan väestön perusterveydenhuollon tarpeeseen			x
Sovittu terveydenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa tarkoitettujen perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä			x
Sovittu yhteistyöstä perusterveydenhuollon kehittämisessä			x
Sovittu yhteistyöstä laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta alueella			x
Sovittu miten hoitoketjut tai alueelliset hoitosuunnitelmat laaditaan yhteistyössä ja miten niiden toteutumista seurataan		x	

muotoja palveluiden järjestämisen osalta ja tekstistä käy ilmi selkeä tahtotila palveluiden järkeviä uudistuksia kohtaan:

”Kuvantamispalvelujen kehittämisessä sairaanhoitopiirin seutujen välillä tehtävällä yhteistyöllä varmistetaan palveluiden alueellinen saatavuus, rationaaliset toimintamallit sekä palvelujen korkea ja tasainen laatu. Erityistä radiologista osaamista vaativat toimenpiteet keskitetään tarkoituksenmukaisesti.” (Kanta-Häme, 17).

Lääkinnälliset kuntoutuspalvelut on jaoteltu kuntoutustutkimukseen, kuntoutusohjaukseen, sopeutumisvalmennukseen, apuvälinepalveluihin sekä kuulon kuntoutukseen. Jokaisen osalta suunnitelmassa kuvataan nykytilassa vallitsevat vastuut. Tavoitteet kuntoutuksen osalta on kuvattu kiitettävästi:

”Tavoitteena on päällekkäisyyksien poistaminen, kuntoutuspalvelujen liittäminen osaksi koko hoitoketjua ja kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi kuten myös työnjaon selkeyttäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä” (Kanta-Häme, 22).

Perusterveydenhuollon kanssa tarvittavasta yhteistyöstä sopiminen on avattu Kanta-Hämeen suunnitelmassa melko laihasti asialle varatussa kappaleessa 6. *Perusterveydenhuollon yhteistyö*. Perusterveydenhuollon yhteistyö on jaettu kolmeen osaan, jotka ovat työterveys, erityispalvelut sekä erityistyöntekijät. On kuitenkin mainittava, että perusterveydenhuollon yhteistyötä käsitellään yksityiskohtaisemmin monissa muissa, muille aiheille varatuissa kappaleissa. Esimerkiksi kuvantamisjärjestelmiä käsittelevässä kappaleessa pohditaan potilaskertomusjärjestelmän tavoitteita jotka liittyvät olennaisesti perusterveydenhuollon yhteistyöhön.

Kanta-Hämeen suunnitelman kuudes kappale vastaa hyvin kuitenkin Valtioneuvoston asetuksen 337/2011 kohtaan, jossa todetaan, että järjestämissuunnitelman tulisi vastata kysymykseen siitä, miten erikoisaloitusta palvelujen tarvetta ja näihin vaikuttavia tekijöitä arvioidaan alueella:

”Yhteistyönä on lähivuosina tehtävä selvitys erikoislääkäritarpeesta perusterveydenhuollossa ja siitä, missä määrin erikoislääkäreitä on järkevä siirtää perusterveydenhuoltoon” (Kanta-Häme, 27) sekä:

”Selvitetään onko mahdollista, että Kanta-Hämessä olisi yhteisiä erikoistyöntekijöitä ja erikoislääkäreitä, mitä palveluja he tarjoavat, miten ja missä yksiköissä” (Kanta-Häme, 28).

Yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa on kuvattu suunnitelmassa kiitettävästi. Suunnitelmassa kerrotaan selkeästi ketkä sopivat palveluista ja millä tasolla, esimerkiksi näin:

”Hattulan ja Janakkalan alueella sairaanhoitopiirin yhteistoiminta-alueen on keskenään sovittava, mitä erikoislääkäripalveluita on tarkoituksenmukaista viedä terveyskeskuksiin” (Kanta-Häme, 32).

Näkökulma, josta erikoissairaanhoidon yhteistyötä tarkastellaan, ansaitsee kiitosta suunnitelmassa, sillä erikoissairaanhoidon rooli nähdään perusterveydenhuoltoa tukevaksi:

”Kansanterveyden kannalta on välttämätöntä, että hoidon koordinointi ja vastuu on perusterveydenhuollossa, jossa kuntalaisen koko biopsykososiaalinen kokonaisuus on mahdollista tunnistaa, ja tähän myös systemaattisesti vaikuttaa” (Kanta-Häme, 32).

Erikoissairaanhoidon yhteistyö on jaoteltu mm. kotisairaaloimintaan, potilasrekistereihin sekä erikoishammaslääkäritasoiseen toimintaan sekä yhteistyöhön erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

Lääkehuollon tilanne on esitetty Kanta-Hämeen järjestämissuunnitelmassa hyvin. Alueella on tehty lääkehuoltoon liittyvä selvitys vuonna 2011. Yhteistyötä ja tavoitteita kuvataan selkeästi:

”Suunnitelmana on, että lääkehuolto keskitetään Hämeenlinnaan. [...]”

Lääkehuollon yhteistyö erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kesken jatkuu. Yhteistyön tavoitteena on edelleen mm.:

- hankintaprosessin laadun parantaminen,
- lääkekustannusten nousun hillitseminen,
- peruslääkevalikoimien yhtenäistäminen.” (Kanta-Häme, 23)

Yhteistyötä sosiaalihuollon kanssa kuvaava kappale on niukka, mutta lisätietoa yhteistyöstä löytyy jonkin verran muista kappaleista, jotka käsittelevät tarkemmin järjestettäviä palveluita. Esimerkiksi kappaleessa *Järjestöjen, oppilaitosten ja muiden toimijoiden kanssa tehtävä yhteistyö* kirjoitetaan, että:

”Terveystieteiden ja sosiaalipalvelujen, erityisesti vanhustalvelujen saumaton yhteistyö on elinehto. Myös erilaisiin tarpeisiin perustettavat tiimit tai työntekijät ovat tärkeitä, jotta ongelmatilanteet ja kriisit voidaan hoitaa nopeasti” (Kanta-Häme, 45).

Itse kappaleessa kuvaukset hieman yleistäsolle, esim:

”Tulevaisuudessa rakennetaan yhteistyötä tiiviimmäksi sosiaalitoimen kanssa” (Kanta-Häme, 45) ja

”Tulevaisuudessa selvitetään yhteistyön mahdollisuuksia palveluiden tuottamisessa sekä hankinnoissa ja kuljetuksissa” (Kanta-Häme, 45).

Yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa kuvataan omassa kappaleessaan. Näitä tahoja ovat mm. yritykset ja järjestöt, seurakunnat sekä yliopistot. Hieman kattavamman osion yhteistyön näkökulmasta muiden toimijoiden kanssa suunnitelmassa saa vammaisten henkilöiden palveluita käsittelevä osio. Kanta-Hämeen suunnitelmassa esitellään myös kansalaisten kuulemiseen liittyvää toimintaa:

”Terveystieteidenhuollossa on mahdollista järjestää myös kansalaisraateja, joissa kaikkien mielipiteet ovat tärkeitä. Kansalaisraadien osallistujat kuulevat asiantuntijoita ja raatia voivat vetää koulutetut ryhmänvetäjät (Kanta-Häme, 44).

Valtioneuvoston asetuksessa 337/2011 on todettu, että terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa tulisi kuvata se, miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta, sekä erikoisaloittaista palvelujen tarvetta seurataan alueella ja miten siitä on sovittu toimijoiden kesken. Kanta-Hämeen suunnitelmassa viitataan terveydenhuoltolain § 12:ään, ja tämän mukaisesti kunnan on seurattava asukkaistensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä. Näitä tekijöitä kuvataan hyvinvointikertomuksissa joissa tulisi olla:

”...maakunnallisesti hyväksytyt indikaattorit, joiden avulla seurataan strategian toteutumista” (Kanta-Häme, 12).

Suunnitelmassa ei kerrota miten väestön palvelutarpeen arviointi tulisi toteuttaa, vaan vastuu annetaan kunnille kappaleessa *Väestön palvelutarpeen arviointi*:

”Kunnat tekevät terveyden ja hyvinvoinnin suunnitelmat, joita arvioidaan ja päivitetään valtuustokausittain” (Kanta-Häme, 6).

Järjestämissuunnitelman tulisi pitää sisällään tieto siitä miten sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella vastataan väestön perusterveydenhuollon palvelujen tarpeeseen. Yksittäinen hyvä esimerkki tästä on alueella käytössä oleva Terveysyhtymämalli (Chronic Care Model), mikä ideana kuvaa konkreettisesti miten perusterveydenhuollon palveluita järjestetään. Suunnitelman tulisi pitää sisällään myös tietoa terveydenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa tarkoitetuista terveydenhuollon palveluista ja niiden järjestämisestä. Näitä on käsitelty suunnitelmassa suhteellisen hyvin.

Kanta-Hämeen järjestämissuunnitelmassa on perusterveydenhuollon kehittämistä käsittelevä osio, jossa keskitytään kehittämisen tueksi tarvittavan tutkimuksen toteuttamiseen. Suunnitelmassa tavoitteeksi määritellään:

”..että, oman työn arviointi tieteellisin menetelmin ja siitä raportointi kuuluvat jokaisen terveyskeskuksessa työskentelevän ammattitaitoon” (Kanta-Häme, 28).

Varsinainen kehittäminen tapahtuu suunnitelman mukaan alueella erilaisten hankkeiden kautta.

Järjestämissuunnitelmassa tulisi olla kirjaus siitä miten alueella on sovittu yhteistyön tavoista laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanossa. Kanta-Hämeen suunnitelmassa maininnat potilasturvallisuuden osalta liittyvät koulutukseen ja koulutustarpeisiin.

”Sairaanhoitopiirin alueen perusterveydenhuollon organisaatioille lähetetään keskitetysti erilliset koulutus- ja tarvekyselyt, joilla pyritään selvittämään organisaatioiden ajankohtaiset ja tulevaisuuden kannalta tärkeät koulutukselliset osaamistarpeet. Koulutussuunnitelmassa otetaan huomioon erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteiset koulutustarpeet ammatillisen osaamisen, potilasturvallisuuden, yhteistyön sekä yhtenäisten toimintakäytäntöjen näkökulmasta. Strategian ja koulutussuunnitelmien perusteella vuosittaiseen koulutusohjelmaan valikoituu tärkeimmät painopistealueet.” (Kanta-Häme, 40).

Laadun parantaminen on mainittu useiden yksittäisten palveluiden kohdalla. Potilasturvallisuuteen ja laadunhallintaan ei suunnitelmassa kiinnitetä huomiota kokonaisuutena, vaikka mainintoja molemmista onkin.

Hoitoketjuille on suunnitelmassa varattu oma pieni kappale. Kanta-Hämeen suunnitelma suhtautuu hoitoketjuihin järkevästi:

”Hoitoketjujen kehittämisessä on tärkeää, että sovitaan työnjaoista, ei niinkään siitä, että tehdään uusia toimintamalleja tai hoito-ohjeita eri sairausryhmille, koska näitä on jo valmiina. Hoitoketjujen onnistuminen edellyttää, että niihin myös sitoudutaan kaikilla tasoilla” (Kanta-Häme, 31).

Vastuuta hoitoketjujen koordinoinnista ja alueellisista hoito-ohjelmista annetaan perusterveydenhuollon yksikölle:

”Näistä asioista on sovittava perusterveydenhuollon ja sairaanhoitopiirin välillä, niin että terveydenhuoltolain mukainen perusterveydenhuollon yksikkö koordinoi tätä toimintaa koko sairaanhoitopiirin alueella” (Kanta-Häme, 31).

Kokonaisuutena Kanta-Hämeen suunnitelma esittää selkeän kuvan alueen yhteistyöstä terveydenhuollossa. Suunnitelma on 50 sivua pitkä ja suunnitelman sivuilla on paljon erilaisia indikaattoritietoja ilman erillisiä liitteitä. Suunnitelman rakenne on onnistunut. Lääkehuolto on käsitelty onnistuneesti, kun taas lisätietoja lukijalle voitaisiin tarjota tulevaisuudessa etenkin perusterveydenhuollon kehittämisestä tutkimuksen lisäksi.

Taulukko 12. Kanta-Hämeen yhteenvetotaulukko.

	Asia on käsitelty suunnitelmassa niukasti	Asia on käsitelty suunnitelmassa lain ja asetuksen edellyttämällä tavalla	Asia on käsitelty suunnitelmassa laajasti
Sovittu kuntien yhteistyöstä			x
Sovittu terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuuta-hoista			x
Sovittu terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä		x	
Sovittu päivystyspalveluista		x	
Sovittu kuvantamispalveluista			x
Sovittu lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä erikois-sairaanhoidon kanssa			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä sosiaali-huollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä lääke-huollon kanssa.			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa		x	
Sovittu miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella		x	
Sovittu miten erikoisaloihista palvelujen tarvetta ja näihin vaikuttavia tekijöitä arvioidaan alueella		x	
Sovittu miten sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella vastataan väestön perusterveydenhuollon tarpeeseen		x	
Sovittu terveydenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa tarkoitettujen perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä		x	
Sovittu yhteistyöstä perusterveydenhuollon kehittämisessä	x		
Sovittu yhteistyöstä laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta alueella		x	
Sovittu miten hoitoketjut tai alueelliset hoitosuunnitelmat laaditaan yhteistyössä ja miten niiden toteutumista seurataan		x	

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueen kuntien terveydenhuollon järjestämissuunnitelma

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueen kuntien järjestämissuunnitelma on 61 sivun mittainen, palveluiden järjestämistä syvällisesti käsittelevä asiakirja. Suunnitelman sivuilla käydään läpi lain ja asetuksen määritelmät järjestämissuunnitelman sisällöstä ja samassa yhteydessä perustellaan miten käsittelyssä oleva palvelu on alueella järjestetty. Suunnitelma sisältääkin paljon perustietoa järjestämissuunnitelmasta työkaluna samoin kuin itse palveluista alueella. Suunnitelman lopussa kerrataan yhdeksän yhteistä kehittämissuunnitelmaa, jotka toimivat suunnitelman painopisteinä.

Kuntien yhteistyöstä saa hyvän kuvan sivulla 7 olevasta yhteenvedosta, jossa kerrotaan alueella toimivista yhteistoiminta-alueista. Yhteistyö on käsitelty myös hallinnon kautta, sillä alueiden sosiaali- ja terveystaloustalokuntien toiminta suhteessa muihin päätöksentekoelementteihin on käsitelty samalla sivulla. Kuntien yhteistyötä on käsitelty suunnitelmassa monissa kohdissa, mutta varsinaista kyseenomaista asiaa summaavaa kappaletta ei suunnitelmassa ole.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on yksi suunnitelman vahvuuksista. Alueella toimiva Terveempi Itä-Suomi hanke määrittelee alueen linjaa vahvasti suunnitelmassa. Hankkeen tavoitteena on:

”lisätä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen alueellista suunnitelmallisuutta, osaamista ja uusia toimintatapoja niin väestö-, ammattilais- kuin strategisilla tasoilla alueen kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla” (Pohjois-Savo, 47-48).

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin ja TERVIS-hankkeen yhteiseksi tavoitteeksi suunnitelmassa määritellään, että:

”keskeisenä tavoitteena on vahvistaa hyvinvointijohtamisen ja terveyden edistämisen asemaa kuntien ja yhteistoiminta-alueiden yhteistyörakenteissa..” (Pohjois-Savo, 48).

Terveyden edistämisessä yhteistyössä alueella toimivat myös Pohjois-Savon liitto ja Itä-Suomen aluehallintovirasto. Yhtenä työvälineenä työn seurannassa on sähköinen hyvinvointikertomus (eHVK). (Pohjois-Savo, 48-49).

Palveluiden järjestäminen on käyty läpi Pohjois-Savon suunnitelmassa kappaleessa 2. *Terveydenhuolto Pohjois-Savossa* ja tämän alakappaleessa 2.1 *Yleiskuva*. Kappaleessa käydään mielenkiintoisesti läpi muutokset palvelukentässä viimeisten vuosikymmenten ajalta. Palveluiden järjestämistä yksikkötasolla jatketaan kappaleessa myöhemmin seikkaperäisesti, sillä esimerkiksi terveyskeskuksista saatavia palveluita avataan suunnitelmassa kolmen ja puolen sivun pituisella kappaleella sivuilla 9-12.

Päivystyspalveluiden käsittelyssä on otettu vahvasti huomioon vuoden 2015 alussa voimaan tuleva sosiaali- ja terveystaloustalokuntien päivystystoiminnan asetus. Asetuksen sisältöä perusterveydenhuollon osalta käydään läpi sivulla 15 ja johtopäätökset ovat avoimia ja realistisia:

”Missään nykyisistä ympärivuorokautisista tai vain osan virka-ajan ulkopuolisesta ajasta päivystävistä yksiköistä vaatimukset eivät nykyisellään täyty” (Pohjois-Savo, 17).

Haasteet otetaan hyvin huomioon päivystystoiminnan kehittämisessä:

”Kehittämistyön tuloksena ja hyvänä tavoitteena voisi olla sellaisen muutoksen toteutuminen, jossa eri palveluntuottajat ja toimijat ovat yhdessä määritelleet hyvät ja palveluiden käyttäjille kelpaavat menettelytavat” (Pohjois-Savo, 55).

Suunnitelman muotoilussa ei ole jätetty kunnille arvailun varaa ja tämä on hyvä asia. Päivystystoiminnan kehittämistä koskevassa kappaleessa asia muotoillaan näin:

”Pohjois-Savon alueen kunnat sitoutuvat tämän suunnitelman hyväksyessään edellä hahmoteltuun yleislinjaan. Ne varautuvat myös sopimaan virka-ajan ulkopuolisten palveluiden konkreettisista järjestelyistä ja mitoituksista alkuvuoden 2014 aikana” (Pohjois-Savo, 18).

Kuvantamispalveluita on käsitelty kappaleessa *2.4.6 Yhteistyö muiden diagnostisten palveluiden järjestämisessä*. Asiaa on suunnitelman mukaan selvitetty, ja suunnitelmassa todetaankin näiden osalta seuraavaa:

”Näiden järjestäminen ja järjestämisessä toteutuva työnjako on yhtenä erityiskohtena sairaanhoitopiirin tuottavuusohjelmassa. Tämän vuoksi uusia yhteisiä ratkaisuja ei ole ryhdytty erikseen rakentamaan järjestämissuunnitelmatyön osana, vaan odotetaan tuottavuusohjelmassa syntyviä ehdotuksia” (Pohjois-Savo, 29).

Lääkinnällistä kuntoutusta käsitellään suunnitelmassa kaksijakoisesti. Varsinaisessa käsittelyosassa perehdytään apuvälinepalveluiden tilaan ja kehittämissuunnitelmiin. Näiden lisäksi yksi yhdeksästä kehittämislinjasta koskee kuntoutusta. Tässä osiossa myös viitataan alueella tehtyyn selvitykseen aiheesta. Aiheesta todetaan suunnitelmassa, että:

”Yleisenä suuntana tulee olla kuntoutuksen asiantuntemuksen ja palveluiden porrastaminen siten, että palveluiden tarve ja myös perustellut arviot kuntoutustoimista hyötymisestä ohjaavat palvelukokonaisuuden suunnittelua” (Pohjois-Savo, 58).

Perusterveydenhuollon yhteistyön tarkastelu on jokseenkin haastavaa melkein jokaisen järjestämissuunnitelman osalta, sillä yhteistyötä halutaan tiivistää usein niin, että mukana ovat erityisesti erikoissairaanhoito ja sosiaalihuolto. Pohjois-Savossa yhteistyötä löytyy perusterveydenhuollossa terveyskeskussairaalaverkon ja siitä lähtevien muospaineiden hoitamisesta. Yksi yhteinen kehittämislinja on muotoiltu:

”Terveyskeskussairaalaverkon ja lyhytaikaisen hoidon kapasiteetin sekä terveyskeskussairaaloiden perustehtävien selventäminen sekä tältä pohjalta nousevien tarpeellisten muutos- ja kehittämistoimien liikkeelle saattaminen” (Pohjois-Karjala, 56).

Yksi yhteistyömuoto on myös osallistuminen EU Primecare-projektiin (Pohjois-Savo, 44).

Yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä löytyy Pohjois-Savon suunnitelmasta useista kohdista. Yksi esimerkki suunnitelman alkupuolelta on mielenterveyspalvelut, jossa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä rajaa on pyritty poistamaan (Pohjois-Savo, 18).

Asiaa käsitellään laajemmin kappaleessa 3. *Perusterveydenhuollon suhde erikoissairaanhoitoon; yhteistyö, työnjako, hoidon porrastus ja hoitoketjut*. Kappaleen teksti on osittain analyttistä kritiikkiäkin:

”Järjestämissuunnitelman suurena haasteena olisi rakentaa palveluista kokonaisuus, josta hallinnolliset ja kuntalaskutukseen perustuvat tarpeettomat rajat olisi poistettu. Suunnitelmakaudella tulevat kuitenkin olemaan voimassa vielä kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki, jotka pitävät yllä tähänastista jäykkää rakennetta” (Pohjois-Savo, 38).

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö on nostettu yhdeksi yhteiseksi kehittämislinjaksi. Esteiden esille nostamisen jälkeen tekstissä todetaan, että:

”Sen sijaan on mahdollista tarttua suunnittelun ja kehittämistoimien merkeissä niihin palvelukokonaisuuksiin, joissa integraation edistäminen näyttää suoraviivaiselta ja hyödylliseltä. Tällaisia yhteisiä alueita ovat

mielenterveyspalvelut, päivystyspalvelut sekä päivystykseen suoraan liittyvän sairaalaosastohoidon palvelut” (Pohjois-Savo, 57).

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatiota käsittelevä kehittämislinjateksti suunnitelman lopussa ottaa kantaa melko vahvasti myös Kataisen hallituksen sote-uudistukseen ja siihen miten se vaikuttaa integraatioon. Tästä syystä Pohjois-Savon suunnitelmassa integraatiota tarkastellaan realistisista lähtökohdista, kuten yllä olevasta lainauksestakin käy ilmi.

Kappaleessa 4 käsitellään yhteistyötä sosiaalihuollon kanssa. Yhteistyötä käsitellään laajasta näkökulmasta ja sen juuria valotetaan 1970-luvulta lähtien. Kappaleessa kuvataan ne palvelut, joissa yhteistyötä esiintyy. Kappaleessa todetaan viimeaikaisista kehityksistä, että:

”Merkittävä muutos on ollut myös ns. elämäntapa- ja elämäntilanteen mukainen tapa organisoida yhdistetyn sosiaali- ja terveystoimen hallinto” (Pohjois-Savo, 46).

Yhteistyössä jatkossa saattavat olla Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikkö sekä Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus:

”Alustavasti on keskusteltu mahdollisuuksista kehittää yhteiselle maaperälle hoidon ja palvelun kokonaisuuksia tai polkuja. Tällaisia voisivat olla esimerkiksi kehitysvammaisten palveluketjujen, päihdepalvelujen ja mahdollisesti myös muistisairaiden palveluketjujen kehittäminen” (Pohjois-Savo, 46-47).

Lääkehuolto ja yhteistyötä on käsitelty puolen sivun verran kappaleessa 2.4.4. *Yhteistyö lääkehuollossa*. Kappaleessa käydään läpi lääkehuollon järjestelyt selkeästi. Jatkosta suunnitelmaan on kirjattu:

”Tulevaisuudessa varaudutaan laajentamaan [Pohjois-Savon] lääkekeskuksen palvelu. Annospusseihin jakelu on tärkeä kehittämistehtävä, samoin laatua ja turvallisuutta lisäävä osastofarmaseuttitoiminta sairaalaosastoilla” (Pohjois-Savo, 28).

Muut yhteistyökumppanit ovat järjestöjä ja yksityisen sektorin toimijoita. Suunnitelmassa yksityisen sektorin roolia kuvataan mm. näin:

”Yksityissektorin lääkärinpalvelut ovat valtaosin erikoislääkäreiden palveluja. Tällöin tarkoituksenmukaisin yhteistyö rakentuu silloin, jos hoidon porrastuksen ja perusterveydenhuollon oman roolin säilyttämisen ja kunnioittamisen periaatteet ovat voimassa” (Pohjois-Savo, 47).

Järjestöistä todetaan, että:

”Terveempi Itä-Suomi-hankeeseen on tarkoitus kytkeä järjestöjä tiiviisti mukaan hanketta toteuttamaan. Järjestöt nähdään tulevaisuudessakin tärkeinä yhteistyökumppaneina kehittämistoiminnassa” (Pohjois-Savo, 47).

Perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella suunnitelman mukaan hyvin. Asiaa on alustettu suunnitelmassa reilun sivun mittaisella tekstiosalla, jonka jälkeen asiaa on vedetty yhteen taulukossa 3. *Terveyspalveluiden arviointia ja suunnittelua varten soveltuvan tiedon tyyppejä ja tiedon lähteitä*. Vastuu on kirjattu Pohjois-Savon suunnitelmaan erittäin selkeästi perusterveydenhuollon osalta:

”Perusterveydenhuollon palveluiden arvioinnin, suunnittelun ja myös tutkimuksen kannalta olisi ensiarvoisen tärkeää saada avo-HILMO-tyyppinen tiedonkeruu kattavaksi ja luotettavaksi. Tietojenkeruun edistäminen ja saattaminen kattavaksi mahdollisimman pian onkin tavoite, johon kunnat ja terveyskeskukset sitoutuvat tämän suunnitelman hyväksyessään” (Pohjois-Savo, 36).

Mainitussa tekstiosassa kuvataan myös miten erikoisaloittaista palvelujen tarvetta on seurattu ja seurataan alueella, esimerkiksi mielenterveyspalvelujen osalta. Kappaleessa myös kuvataan tietojen keräämisen ja hyödyntämisen haasteita.

Perusterveydenhuollon palvelujen tarpeeseen aiotaan Pohjois-Savossa järjestämissuunnitelman mukaan vastata ainakin kehittämällä kotiin tuotettavia palveluita, tämä on myös yksi yhdeksästä kehittämislinjasta: ”4. Kotiin tuotettavien palveluiden vahvistaminen; vakavasti otettavan vaihtoehdon rakentaminen sairaalahoidolle”. Toinen tapa on terveystieteiden verkoston kehittäminen. Viides kehittämislinja onkin: ”5. Terveystieteiden verkoston ja lyhytaikaisen hoidon kapasiteetin sekä terveystieteiden verkoston perustehävien selventäminen sekä tältä pohjalta nousevien tarpeellisten muutos- ja kehittämistoimien liikkeelle saattaminen”. Kolmas esimerkki palvelutarpeeseen vastaamisesta on suunnitelmassa mainittu terveyshyötymallin käyttöönotto:

”Pohjois-Savossa on käynnistymässä syksyllä 2013 ensimmäisiä terveysasemakohtaisia terveyshyötymallin käyttöä koskevia koulutuksia. [...] Malli näyttää myös aktivoivan kysymyksiä siitä, miten terveystieteiden verkoston pitäisi varustautua erityyppisiä pitkäaikaissairauksia sairastavien henkilöiden hoitotyöhön” (Pohjois-Savo, 54).

Terveystieteidenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa mainituista, niin sanotuista kansanterveydenhuollon palveluista, Pohjois-Savon suunnitelmassa kaksi ovat suuremmassa roolissa: kunnallisesti järjestetty työterveyshuolto ja ympäristöterveydenhuolto. Näiden palveluiden järjestämisen taustaa on avattu sivun verran ja lisäksi palveluiden järjestäminen on esitetty taulukkomuodossa. Taulukossa on esitetty erittäin hyvin neljällä eri sarakkeella kaikkien palveluiden nykytila kuntakohtaisesti. Sarakkeet ovat ”perusterveydenhuollon palvelut järjestää”, ”perusterveydenhuollon palvelut tuottaa”, ”työterveyshuollon järjestämisvelvoitteen täyttäminen” ja ”ympäristöterveydenhuollon järjestelyt” (Pohjois-Savo, 24-25).

Palvelutarpeeseen vastaaminen perusterveydenhuollossa yhdistyy myös perusterveydenhuollon kehittämiseen. Kehittämisestä avosairaanhoidon vastaanotto toiminnasta suunnitelmassa todetaan:

”Kehittämistyössä sekä vastaanottopalveluiden saatavuutta yleensä että pitkäaikaissairauksien hoitoa voidaan parhaiten kehittää palveluista vastaavien työryhmien omaehtoisella kehittämistyöllä ja valmentautumisella. Muualla maassa on käytetty menestyksellisesti Rohto-työskentelynä tunnettua kehittämisen yleismenettelmää. Rohto-verkosto ei ole levinnyt Pohjois-Savon alueelle, mutta toimii aktiivisesti esimerkiksi Pohjois-Karjalan ja Etelä-Savon alueella. Alustavasti on sovittu, että yhteistyönä näiden naapurialueiden sekä valtakunnallisen THL:sta saatavan tuen kanssa voidaan kehittää työryhmien työmenetelmiä” (Pohjois-Savo, 53).

Potilasturvallisuus, laadunhallinta ja yhteistyö käsitellään selkeästi ja tiiviisti Pohjois-Savon suunnitelmassa potilasturvallisuuden edistämiseksi omistetuissa kappaleissa:

”Pohjois-Savon alueella potilasturvallisuuden edistäminen etenee siten, että Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin (PSSHP) potilasturvallisuussuunnitelma on potilasturvallisuustyön perusta” (Pohjois-Savo, 33”) ja

”Sairaanhoitopiirin yhteiset laatuavoitteet korostuvat sairaanhoitopiirin tuottavuusohjelmassa ja yhtenäistävät eri yksiköiden laadunhallinnan järjestelmiä” (Pohjois-Savo, 33-34)

Asia on hyvin kiteytetty lauseeseen:

”Vaikuttavat, näyttöön ja käypä hoito- sekä hoitotyön suosituksiin perustuvat toiminnot ja yhteiset käytännöt, osaamisen kehittäminen sekä jatkuva parantaminen luovat perustan potilasturvallisuudelle” (Pohjois-Savo, 34).

Suunnitelman mukaan hoitoketjutyötä ei ole suuremmin vielä tehty Pohjois-Savossa. Suunnitelmassa kuvataan haasteita näihin liittyen ja pohditaan mitä Kataisen hallituksen sote-uudistus tuo tullessaan hoitoketjutyöhön liittyen palvelurakenteen muuttuessa. Myös teknisen kehityksen, lähinnä tietojärjestelmäkehityksen, vaikutusta pohditaan kappaleessa.

”Valmisteilla oleva sote-uudistus voi muuttaa hoidon työnjakoja ja jopa hoitopolkuja, jos järjestämisvastuun rajat muuttuvat.” (Pohjois-Savo, 41).

Pohjois-Savossa ollaan siis odottavalla kannalla ja suunnitelmassa on viitattu alueen omaan tuottavuusohjelmaan, mutta jatkotyöhön aiotaan kuitenkin suunnitelman mukaan varautua.

Kokonaisuutena Pohjois-Savon suunnitelmasta voidaan sanoa, että se on erittäin paljon tietoa, pohdintaa ja jopa kritiikkiä sisältävä asiakirja. Järjestämissuunnitelma onnistuu antamaan paljon tietoa niistä asioista, joista sen kuuluukin. Terveysten edistäminen ja perusterveydenhuollon palvelut on käyty erityisen ansiokkaasti läpi suunnitelman sivuilla. Mikäli suunnitelmasta pitäisi hakea kehittämiskohteita, niin voidaan kysyä, että olisiko suunnitelmassa tiivistämisen varaa?

Taulukko 13. Pohjois-Savon yhteenvetotaulukko.

	Asia on käsitelty suunnitelmassa niukasti	Asia on käsitelty suunnitelmassa lain ja asetuksen edellyttämällä tavalla	Asia on käsitelty suunnitelmassa laajasti
Sovittu kuntien yhteistyöstä		x	
Sovittu terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuuta-hoista			x
Sovittu terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä			x
Sovittu päivystyspalveluista			x
Sovittu kuvantamispalveluista		x	
Sovittu lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä erikois-sairaanhoidon kanssa			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä sosiaali-huollon kanssa			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä lääke-huollon kanssa.		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa			x
Sovittu miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella			x
Sovittu miten erikoisaloittaista palvelujen tarvetta ja näihin vaikuttavia tekijöitä arvioidaan alueella		x	
Sovittu miten sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella vastataan väestön perusterveydenhuollon tarpeeseen			x
Sovittu terveydenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa tarkoitettujen perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä			x
Sovittu yhteistyöstä perusterveydenhuollon kehittämisessä			x
Sovittu yhteistyöstä laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta alueella			x
Sovittu miten hoitoketjut tai alueelliset hoitosuunnitelmat laaditaan yhteistyössä ja miten niiden toteutumista seurataan		x	

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin terveydenhuollon palvelujen alueellinen järjestämissuunnitelma vuosille 2013-2016

Etelä-Savon terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma on 60 sivua pitkä ja se jakaantuu 16 kappaleeseen. Rakenteessa toistuvat jokaisen kappaleen osalta eri värillä korostetut yhteenvedot keskeisistä aiheista otsikolla ”Keskeistä”. Suunnitelma käy läpi varsin hyvin aiheet ja sisällöt pohtien palveluiden järjestämisen tulevaisuutta arvioimalla keskeisiä tulevia muutoksia päätöksenteossa sekä palvelutarpeessa. Alueen haasteita on myös nostettu rohkeasti suunnitelmassa esiin.

Kuntien yhteistyön mainittuja muotoja suunnitelmassa ovat erilaiset palvelut, joilla ei ole niin paljoa kysyntää, että palveluita kannattaisi tuottaa kuntakohtaisesti. Esimerkiksi lähisuhdeväkivallan uhreiksi joutuneille järjestettävien palveluiden osalta yhteistyötä aiotaan tehdä, jotta saatavuus säilyisi (Etelä-Savo, 28). Toinen vastaavanlainen esimerkki liittyy kotisairaaloimintaan (Etelä-Savo, 41). Näihin ja varmasti muihin palveluihin liittyen suunnitelmassa on huomioitu asia henkilöstön kannalta:

”Tavoitteena on, että pidemmällä aikavälillä erityistyöntekijät voisivat olla yhteisessä poolissa ja palvella niin kuntia kuin erikoissairaanhoitoakin” (Etelä-Savo, 55).

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevat tavoitteet ja vastuutahot on käyty mittavasti läpi suunnitelmassa. Asiaa käsitellään suoraan useassa eri kappaleessa ja yhteistyöstä on kirjoitettu esimerkiksi näin: ”Poikkihallinnollinen yhteistyö kuntien eri toimialojen, kansalaisjärjestöjen ja elinkeinoelämän kanssa on avainasemassa, sillä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen kuuluvat myös sellaiset toimet, joilla pyritään muuttamaan sosiaalisia, taloudellisia ja ympäristöön liittyviä olosuhteita hyvinvointia ja terveyttä tukeviksi” (Etelä-Savo, 17).

Terveyden edistämisen saralla on asetettu kolme keskeistä painopistettä: Lihavuuden ehkäisyn strategia ja painonhallinta, savuton kunta ja savuton sairaala sekä alkoholi- ja päihdehaittojen ehkäisy (Etelä-Savo, 19-20).

HiAP-näkökulma on vahvasti mukana terveyden edistämisessä:

”Terveyttä ja hyvinvointia koskevia päätöksiä tehdään ja toteutetaan kuntien kaikilla toimialoilla, muun muassa kaavoituksessa, rakentamisessa, asumisen suunnittelussa ja toteutuksessa [...] liikennesuunnittelussa ja työelämässä sosiaali- ja terveystalouden lisäksi” (Etelä-Savo, 16-17).

Terveydenhuollon palveluiden järjestäminen ei käy erityisen selkeästi ilmi Etelä-Savon suunnitelmasta. Eri palveluiden järjestäminen käy ilmi suunnitelman edetessä, mutta selkeää kokonaiskuvaa palveluista ei ole tarjottu.

Päivystyspalvelut puolestaan on käyty selkeästi läpi. Päivystyspalveluihin on kirjattu perusterveydenhuollon lääkäripäivystys, erikoissairaanhoidon päivystys, suun terveydenhuollon päivystys, apteekkipäivystys ja sosiaalipäivystys. Päivystyspalveluiden kehittämisestä saa erittäin hyvän kuvan jokaisen, paitsi apteekkipäivystyksen, jälkeen olevista Keskeistä-tekstiosuuksista. Erityisesti perusterveydenhuollon lääkäripäivystyksen osalta löytyy yhteistyöhön tähtääviä kehittämistoimia, esimerkiksi:

”Yhteispäivystyksen tarkkailuosastolla seulotaan erityisen tarkasti erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitoa tarvitsevat potilaat yhteistyössä kotihoidon toimijoiden kanssa” (Etelä-Savo, 29).

Kuvantaminen on käyty selkeästi läpi kappaleessa tukipalveluita käsittelevässä kappaleessa. Vajaan sivun kappaleesta käy selkeästi ilmi miten ja mitä kuvantamispalveluita alueella tarjotaan sekä Keskeistä-teksti-
osuus, josta käy ilmi tulevia kehittämistoimia.

Lääkinnällisestä kuntoutuksesta kirjoitetaan vaikeavammaisten kotikuntoutuksen yhteydessä. Kappaleessa kuvataan kuntoutuksen periaatteita ja myöhemmin keskitytään tarkemmin vaikeavammaisten lääkin-
nalliseen kuntoutukseen. Tätä ennen kirjoitetaan muuan muassa, että:

”Hyvä kuntoutustoiminta konkretisoituu moniammatillisessa työryhmässä huolellisesti laadittuun ja poti-
lasasiakirjoihin (perusterveydenhuolto/erikoissairaanhoito) kirjattuun kuntoutussuunnitelmaan” (Etelä-Savo,
36).

Yhteistyötä perusterveydenhuollossa on käsitelty omassa kappaleessaan 11.3. Yhteistyö konkretisoituu
yhteistoiminta-alueella:

”Yhteistoiminta-alueen tavoitteena on myös asiakkaiden ja potilaiden mahdollisimman vapaa liikkuvuus,
mikä merkitsee kuntien välistä tiivistä yhteistyötä ja kehittämistä kaikessa palvelutuotannossa (esim. laitos-
palvelut, vastaanottopalvelut jne.)” (Etelä-Savo, 44).

Yhteistyötä palveluiden järjestämisessä on käsitelty kappaleessa hyvin ja kappale käsittelee myös kehittä-
mistä yhteistyön muotona. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä on käsitelty seuraa-
valla sivulla kappaleessa 11.4. Kappaleen aivan alussa kiteytetään mistä yhteistyössä on alueella kysymys:

”Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueella erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen yhteistyö
perustuu suurelta osin yhteisiin työryhmiin, joissa käsitellään yhteistyökysymyksiä, esim. ravitsemustyö-
ryhmä, diabetesryhmä, terveyden edistämisen ryhmä, tartuntatautien ehkäisyn työryhmä jne.” (Etelä-Savo,
45).

Yhteistyö sosiaalihuollon kanssa odottaa tulevaisuuden ratkaisuja:

”Kuntien välinen yhteistyö perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa
selkiytyy suunnitelmakauden aikana mm. valtion kunta- ja palvelurakenneuudistuksen myötä” (Etelä-Savo,
45).

Yhteistyötä on luvassa muodostettavan perusterveydenhuollon yksikön kautta:

”Perusterveydenhuollon yksikkö tekee yhteistyötä Itä-Suomen sosiaalialan kehittämiskeskuksen ISO:n
alueellisen yksikön kanssa” (Etelä-Savo, 56).

Yhteistyötä sosiaalihuollon kanssa löytyy myös muilta toimialoilta:

”Kunnat haluavat, että sosiaalipäivystys järjestetään alueellisena toimintana. Asian valmistelussa otetaan
huomioon sosiaalipäivystyksen, Ensineuvon, ensihoidon sekä yhteispäivystyksen mahdollisimman tiivis
yhteistyö” (Etelä-Savo, 32).

Lääkehuoltoa käsitellään tukipalveluissa kappaleessa 11.5.3. Lääkehuolto on saanut osakseen reilun sivun
verran hyvää tarkastelua yhteistyöstä ja kehittämisestä. Nykyisestä toiminnasta kerrotaan:

”Vähitellen kakki Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueella olevat terveystakeskukset ja perusterveydenhuollon
laitokset ovat sairaanhoitopiirin lääkevalikoiman piirissä. Se tuo koko alueelle synergiaetuja mm. yhteisen
peruslääkevalikoiman kilpailutuksen ansiosta” (Etelä-Savo, 47).

Henkilöstön yhteistyö on myös nähty mahdollisuutena, kun kehittämistä jatketaan:

”Jatkamalla lääkehuoltopalvelujen kehittämistä 2013-2016 kohdentamalla resursseja sairaala-, osasto- ja klinisen farmasian kehittämiseen luodaan mahdollisuus entistä tehokkaampaan yhteistyöhön hoito- ja farmaseuttisen henkilöstön välillä” (Etelä-Savo).

Lääkehuolto on käsitelty laajasti Etelä-Savon suunnitelmassa ja on sisältönsä puolesta yksi Etelä-Savon suunnitelman vahvuuksia.

Yhteistyötä tehdään myös muiden toimijoiden kanssa. Työterveyshuollon kanssa aiotaan tehdä yhteistyötä hoitoketjujen kautta:

”Tiivistetään yhteistyötä esim. kutsumalla työterveyshuollon toimijoita mukaan hoitoketjupalaveriihin” (Etelä-Savo, 44).

Kappaleessa 12.1 *Kuntalaisten vaikuttaminen uusien palvelujen suunnitteluvaiheessa* on kirjoitettu, että ”Lisätään erityisesti potilasjärjestöjen kanssa tehtävää yhteistyötä merkittävästi” (Etelä-Savo, 54)

Myös SADe-hanke on vahvasti esillä suunnitelmassa yhtenä yhteistyön muotona:

”Sairaanhoitopiirin kunnat sitoutuvat SADe-ohjelman tavoitteisiin ja kehittämään sähköisen asioinnin palveluita alueellisen Hyvis-asiointialustan kautta” (Etelä-Savo, 55).

Perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella tiiviisti ja miten se tehdään, on esitetty järjestämissuunnitelmassa kiitettävästi. Kappaleessa 2.1 *Yleistä väestötietoa* kerrotaan perustietoja väestöön ja palvelutarpeeseen liittyen mm. sairastavuusindeksin kautta. Seuraavissa kappaleissa asiaa tarkastellaan erilaisten väestö- ja ikäryhmien kautta. Kappaleet sisältävät yksityiskohtaista tietoa eri väestöryhmien terveydestä. Kappaleessa 2.6 kerrotaan PYLL-indeksin käytöstä ja käydään läpi kuntakohtaisesti mitä hyvää ja huonoa kehitystä alueella on tapahtunut. Samassa yhteydessä erikoisaloittaiset palvelutarpeet käyvät ilmi kuntakohtaisesti nimenomaan PYLL-indeksin kautta.

Perusterveydenhuollon palvelutarpeeseen vastaaminen näkyy monella tavalla kaikissa järjestämissuunnitelmissa. Muutamat tavat, jotka nousevat Etelä-Savon suunnitelmasta erityisesti esiin liittyvät väestön ikääntymiseen:

”Tarvitaan myös ennakkoluulotonta uusien palvelumuotojen kehittämistä ja kokeilua (esim. pienkotihoido ja perhehoito)” (Etelä-Savo, 14).

Terveydenhuollon asiakkaiden omaa roolia palveluiden käytössä pohditaan myös rakentavasti:

”Esim. terveyteen liittyvien tavoitteiden asettaminen tulee tapahtua yhdessä potilaan kanssa ja terveydenhuollon ammattilaisen rooli ’hoidon määrääjästä’ siirtyy valmentajan suuntaan. Sähköisten palveluiden avulla voidaan tarjota välineitä, joilla oman hyvinvoinnin ja terveyden ylläpito ja seuranta tehostuu sekä hoitoon sitoutuminen helpottuu” (Etelä-Savo, 53).

Järjestämissuunnitelmassa pohditaan perusterveydenhuollon palveluiden tarjontaa terveyshyödyn kannalta: ”Sairaanhoitopiiri ja kuntatasolla oli tärkeää osata kohdentaa voimavarat sellaisiin palveluihin, jotka tuottavat eniten terveyttä ja hyvinvointia. Tämä ei ole helppoa, sillä eri toimenpiteiden vaikutukset terveyden ja hyvinvoinnin muutoksiin ovat hitaita ja seuraukset tulevat näkymään vasta vuosikymmenien päästä” (Etelä-Savo, 16)

Etelä-Savon suunnitelmassa on nostettu useita hyviä ideoita ja lähtökohtia esille, jotka vaikuttavat perusterveydenhuollon palveluiden tarjoamisen periaatteisiin ja tapoihin.

Terveystieteiden lain 3 § 2:n kohdan palveluista työterveyshuolto saa huomiota, samoin kotisairaaloiminta. Työterveyshuollosta olevat havainnot koskevat kuitenkin enemmän yksityisen sektorin toimijoita, ei kunnan tuottamaa työterveyshuoltoa. Kotisairaaloiminta aiotaan ottaa käyttöön suunnitelmakauden aikana kaikissa alueen kunnissa (Etelä-Savo, 41).

Yhteistyötä perusterveydenhuollon kehittämiseksi on puitu kappaleessa 11.3. Kunnat ovat olleet mukana valtakunnallisissa hankkeissa:

”Alueen kaikkien kuntien yhteisiä kehittämistavoitteita ovat mm. palvelujen toimivuus ja parempi hoitoon pääsy. Kaikki kunnat ovat olleet mukana RAMPE- ja KanervaKASTE-hankkeissa, joissa on käynnistetty vuonna 2009 julkaistun STM:n Toimiva terveyskeskus toimintaohjelman mukaisten toimenpidesuosituksen toteutus” (Etelä-Savo, 44).

Rohto-toiminnan koordinaatiovastuu on kirjattu suunnitelmassa perusterveydenhuollon yksikön tehtäväksi (s. 56).

Laadunhallintaa ja potilasturvallisuutta käsitellään melko kevyesti suunnitelmassa. Toki on hyvä huomata, että monet toimet, joista suunnitelmassa on kirjoitettu, tähtäävät ainakin välillisesti terveystieteiden palveluiden laadun parantamiseen. Laadunhallinnalle ei ole osoitettu omaa kappaletta tai osiota, potilasturvallisuutta käsitellään kappaleessa 11.5.4 *Turvapalvelut*. Potilasturvallisuudesta on kirjoitettu, että:

”Potilasturvallisuuden seurantaan ja parantamiseen on oltava yhtenäinen järjestelmä ja potilasturvallisuus-suunnitelma kattaen koko hoitoketjun ja ylittäen hallinnolliset rajat. Tämä tulee olemaan yhtenä toiminnan painopisteenä 2013-2016” (Etelä-Savo, 49) ja

”Otetaan kaikissa terveydenhuollon toimipisteissä käyttöön sähköinen HAIPRO-potilashaittojen raportointijärjestelmä” (Etelä-Savo, 50).

Hoitoketjuille ei ole myöskään omaa kappaletta, josta saisi tietoa hoitoketjujen kokonaisuudesta. Mainintoja erilaisista hoitoketjuista ja niihin liittyvistä suunnitelmasta kuitenkin löytyy. Esimerkiksi yhtenä terveyden edistämisen painopisteenä olevan lihavuuden ehkäisyn yhteydessä suunnitelmassa mainitaan:

”Terveystieteidenhuollossa lihavuuden ennaltaehkäisevät toimet liittyvät alueellisten hoito-ohjelmien ja hoitoketjujen luomiseen..” (Etelä-Savo, 22).

Päihdepalveluista löytyy, että:

”Suunnitelmakaudella laaditaan alueellinen huume- ja alkoholihoitoketju” (Etelä-Savo, 39).

Eniten tietoa löytyy kuitenkin kappaleesta 10.2 *Muistisairaiden eheä hoitoketju*, jossa kerrotaan kyseisen hoitoketjun koordinaation periaatteita ja vaiheita.

Kokonaisuutena Etelä-Savon suunnitelmasta voidaan sanoa, että suunnitelman sivuilta tietoa löytyy huomattavan paljon ja puutteet liittyvät pieniin yksityiskohtiin suurten kokonaisuuksien sijaan. Suunnitelma antaa erittäin hyvän kuvan alueen väestön terveydestä ja terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä. Kehitettävää löytyy palveluiden järjestämisen kuvaamisesta ja laadunhallinnasta. Lääkehuolto on käsitelty kiitettävästi ja suunnitelma antaa hyviä avauksia tavoista, joilla perusterveydenhuollon palveluita voidaan tulevaisuudessa järjestää.

Taulukko 14. Etelä-Savon yhteenvetotaulukko.

	Asia on käsitelty suunnitelmassa niukasti	Asia on käsitelty suunnitelmassa lain ja asetuksen edellyttämällä tavalla	Asia on käsitelty suunnitelmassa laajasti
Sovittu kuntien yhteistyöstä		x	
Sovittu terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuuta-hoista			x
Sovittu terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä		x	
Sovittu päivystyspalveluista			x
Sovittu kuvantamispalveluista		x	
Sovittu lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon kanssa			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä erikois-sairaanhoidon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä sosiaali-huollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä lääke-huollon kanssa.			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa		x	
Sovittu miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella			x
Sovittu miten erikoisaloittaista palvelujen tarvetta ja näihin vaikuttavia tekijöitä arvioidaan alueella		x	
Sovittu miten sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella vastataan väestön perusterveydenhuollon tarpeeseen			x
Sovittu terveydenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa tarkoitettujen perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä		x	
Sovittu yhteistyöstä perusterveydenhuollon kehittämisessä		x	
Sovittu yhteistyöstä laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta alueella		x	
Sovittu miten hoitoketjut tai alueelliset hoitosuunnitelmat laaditaan yhteistyössä ja miten niiden toteutumista seurataan		x	

Itä-Savon terveydenhuollon palvelujen alueellinen järjestämissuunnitelma 2013-2016

Itä-Savon sairaanhoitopiirissä ei järjestämissuunnitelman kirjoitushetkellä ollut erillistä perusterveydenhuollon yksikköä vaan yksikön tehtävät on jaettu eri vastuulle sairaanhoitopiirissä. Terveystenhuollon järjestämissuunnitelma on kuitenkin tehty ja on tiivis 24 sivun asiakirja. Suunnitelma jakautuu kahteen osaan: taustaan sekä tuotettaviin palveluihin ja työnjakoon. Suunnitelmassa on rakenne, jossa kutakin asiaa käsitellään ensin kokonaisuutena, jonka jälkeen on erillinen osio napakoille linjauksille. Linjaukset on eroteltu varsinaisesta käsittelytekstistä sinisellä värillä ja niistä löytyy keskeiset tavoitteet, vastuut ja painopisteet.

Kuntien yhteistyötä kuvataan periaatetasolla suunnitelmassa näin:

”Lähtökohtana perusterveydenhuollon järjestämisessä osana sairaanhoitopiirin kokonaisuutta on saumattomasti toimiva yhteistyö ilman hallintokuntarajoja koko kuntayhtymän alueella myös erityistilanteisiin varautumisessa” (Itä-Savo, 11).

Konkreettista mainittua yhteistyötä löytyy suunnitelman sivuilta erityistilanteiden lisäksi ainakin hyvinvointikertomuksen laadinnassa (7).

Terveysten ja hyvinvoinnin edistämistä on käsitelty aiheelle nimetyssä kappaleessa sivuilla 8-9. Asiasta kirjoitetaan, että:

”Työtä tehdään erityisesti niiden asiakas- ja potilasryhmien kanssa, joihin panostamisen tiedetään tuottavan myönteisiä terveysvaikutuksia ja jolla tiedetään olevan kustannusvaikuttavuutta” (Itä-Savo, 8).

Kohderyhmiksi on kirjattu:

”...kuntouttava työote, liikunnan lisääminen, ravitsemuksen terveellisyys, painonhallinnan ja tupakointimattomuuden edistäminen, lääkeshoidon ohjaus, alkoholinkäytön vähentäminen ja perhe- ja lähisuhdeväkivallan tunnistaminen” (Itä-Savo, 8).

Palveluiden järjestäminen on kuvattu pääpiirteittäin suunnitelman toisen osion, *Tuotettavat palvelut ja työnjako*, johdannossa sivulla 11. Palveluiden tuottamisesta alueen kunnissa ei ole selkeää kuvausta.

Päivystyspalvelut on käyty läpi toisen osion kappaleessa 1 *Kiireellinen hoito*. Päivystyspalvelut on jaettu selkeästi ja kappaleissa kuvataan miten alueella on varauduttu tuleviin lainsäädäntömuutoksiin. Päivystystä on käsitelty apteekkipäivystyksen, ensihoidon, ympärivuorokautisen sosiaali- ja terveydenhuollon päivystyksen, psykiatrisen päivystyksen ja sosiaalipäivystyksen osalta. Kappaleessa kerrotaan myös selviämisasematoiminnasta. Linjauksia päivystyksen osalta ei ole tehty.

Kuvantamispalvelut on käyty nopeasti läpi suunnitelmassa. Asiaa koskeva kirjaus löytyy sivulta 18:

”Itä-Savon sairaanhoitopiiri tuottaa kuvantamispalveluja Itä-Savon asukkaille. Pääasiallinen kuvauspaikka on Savonlinnan keskussairaala. Lisäksi Savonlinnan keskussairaallalla on sivupiste Kerimäen terveyskeskuksessa [...] PACS arkiston kautta kuvat on nähtävissä kuvien katseluun oikeutetuilla henkilöillä” (Itä-Savo, 18).

Lääkinnällistä kuntoutusta on käsitelty puolen sivun verran sivulla 15. Kappaleessa on sovittu jämäkästi mitä palveluita saa terveysasemien fysioterapiayksiköistä ja mitä keskussairaalan kuntoutuksen- ja fysiat-

an yksiköstä. Kappaleessa on kuvattu myös apuvälineisiin liittyvä käytännöt. Kappaleessa kerrotaan myös, että sairaanhoitopiirissä noudatetaan STM:n laatusuosituksia ja apuvälineiden luovutukseen liittyviä saata-
vuusperusteita.

Yhteistyötä perusterveydenhuollossa löytyy ainakin Sosterissa laaditun hoito- ja hoivatyön osalta sekä jatko- ja täydennyskoulutuksen edellytysten turvaamisen osalta. Yksi konkreettinen asia on myös siirtymisen yksipuoliseen palvelurakenteeseen ikääntyneiden hoidossa ja hoivassa. Yhteistyö ei rajoitu pelkästään perusterveydenhuoltoon Itä-Savossa, niin kuin ei muuallakin Suomessa. Yhteistyötä kaavaillaan tehtäväksi yhä enemmän perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon välillä.

”Edellä mainitut seikat huomioiden tulee Itä-Savon sairaanhoitopiirin toiminnassa edelleen voimakkaasti kehittää erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon sekä sosiaalipalveluiden toimintaa lisäämällä toimialojen integraatiota. Tiivistämällä eri toimialojen yhteistyötä voidaan edelleen merkittävästi tehostaa potilaiden palveluprosesseja” (Itä-Savo, 7).

Yhtenä linjauksena on kirjattu myös rahoitusta koskeva kehityssuunta:

”Sairaanhoitopiiriin ja kuntien yhteistyönä valmistellaan laajan perustason (=laaja perustaso ja erityistaso) palveluiden toiminta- ja rahoitusmalli, jolla turvataan väestön tarpeita vastaa palvelujen tuottaminen” (Itä-Savo, 7).

Tähän kirjaukseen tosin varmasti vaikuttaa sote-rakenneuudistuksen muutokset suunnitelman valmistumisen jälkeen.

Yhteistyöstä on muitakin mainintoja, esim. työterveyshuollon osalta yksi linjaus on että:

”Yhteistyötä ja työnjakoa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa selkiytetään” (Itä-Savo, 17).

Lääkehuolto ja yhteistyötä on käsitelty laajasti Itä-Savon terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa kappaleessa 4.3 *Lääkehuolto*. Kappaleessa mainittuja tekijöitä toimivan lääkehuollon osalta ovat sairaanhoitopiiriin sairaala-apteekki, lääkkeiden varastointipalvelu, annosjakelulaite, osastofarmaseutti sekä vastuuproviisori. Linjauksissa kerrotaan, että:

”Lääkehoidon kokonaisarviointiin koulutettuja farmasian asiantuntijoita hyödynnetään nykyistä laajemmin potilaiden lääkehoitojen moniammatillisessa arvioinnissa lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan kanssa” (Itä-Savo, 19).

Yhteistyölle muiden toimijoiden kanssa on omistettu oma kappaleensa, joka on suunnitelman viimeinen kappale. Kappaleessa on kuvattu paljon yhteistyön muotoja, esimerkiksi:

”Sairaanhoitopiiriin keskeisiä yhteistyökumppaneita ovat kuntayhtymän jäsenet (Savonlinna, Enonkoski, Rantasalmi ja Sulkava), alueen oppilaitokset, sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivat yritykset, yhteisöt ja järjestöt” (Itä-Savo, 23) ja

”Kuntien eri toimialojen, poliisin, seurakunnan, terveydenhuollon toimijoiden ja vapaaehtoistoimijoiden kesken tehdään mm. poikkihallinnollista varhaisen tunnistamisen ja puuttumisen yhteistyötä sekä kriisi- ja väkivallan ehkäisytyötä” (Itä-Savo, 24).

Palvelutarvetta ja väestön hyvinvointia alueella:

”..kuvataan mittareilla, joita seurataan vuosittain. Tähän suunnitelmaan on valittu mittareista keskeisimmät. Sähköiseen hyvinvointikertomukseen sisältyvän indikaattoritiedon lisäksi järjestämissuunnitelmaan sisällytetään myös tietoja perusterveydenhuollossa järjestetystä työterveyshuollosta” (Itä-Savo, 3).

Suunnitelmassa väestön palvelutarpeen arviointiin liittyvistä mittareista mainitaan THL:n alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus ATH. Seuraavassa kappaleessa, *3 Kuntatalouden kehitysnäkymät ja kuntien tarvevakioidut menot*, kerrotaan, että:

”Terveys- ja sosiaalitoimen yksikkö CHESS tuottaa THL:n, Tilastokeskuksen, Kelan ja muiden tiedontuottajien tilastoihin perustuen tietoja, joita voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevissa tutkimuksissa, arvioinneissa ja päätöksenteossa” (Itä-Savo, 3)

Erikoisaloittaista palvelujen tarvetta on nostettu esille alakappaleissa 4.3-4.6, joissa käsitellään eri ikäryhmien terveysongelmia. Palvelujen tarvetta on seurattu esimerkiksi työikäisten kohdalla THL:n ikävakioitua sairastavuusindeksiä ja PYLL-indeksiä (menetetty ikävuodet) käyttäen. Kappaleissa nostetaan tarpeita esimerkiksi päihdehuoltoon ja mielenterveysongelmiin liittyen. Erikoistarpeiden tarkastelu ikäryhmittäin on toimiva käytäntö Itä-Savon suunnitelmassa.

Perusterveydenhuollon palvelujen tarpeeseen aiotaan vastata Itä-Savossa suunnitelman mukaan ainakin seuraavilla muutoksilla:

”Terveystenhuollon rakenteita muutetaan vastaamaan väestön tarpeita ja kuntien kantokykyä” (Itä-Savo, 7).

Jo mainittu siirtyminen yksiportaiseen palvelurakenteeseen ja hoitosuunnitelmien asiakaslähtöisempi toteuttaminen auttavat vastaamaan palvelutarpeeseen:

”Edelleen jokainen yksikkö vastaa toimintakäytäntöjensä rakentamisesta sellaiseksi, että asiakkaalla/potilaalla on mahdollisuus osallistua oman hoitosuunnitelmansa laadintaan” (Itä-Savo, 8).

Terveystenhuoltolain 3 § 2:n palveluista isoimman roolin saa työterveyshuolto. Muita pykälän palveluita Itä-Savossa ovat ympäristöterveydenhuoltopalvelut. Työterveyspalveluiden osalta yhteistyötä ei ole ollut: ”Alueen työterveyshuoltopalveluja tarjoavat yksiköt toimivat toisistaan erillään eikä suunnitelmallista yhteistyötä näiden yksiköiden välillä ole toteutettu” (Itä-Savo, 16).

Työterveyshuollon roolia alueella käsitellään kiitettävästi suunnitelmassa. Ongelmia ja haasteita käsittelevän kappaleen jälkeen on suunnitelmassa linjattu, että:

”Painopistettä siirretään sairauksien hoidosta perustehtävään: työperäisten ongelmien ennalta ehkäisyyn ja työkyvyn edistämiseen” (Itä-Savo, 17).

Kappaleessa 6 *Perusterveydenhuollon vahvistaminen ja sitä tukeva tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminta* kuvataan alueen perusterveydenhuollon kehittämiseksi tehtäviä toimenpiteitä. Tämä kehitys nähdään vahvasti tapahtuvaksi potilasturvallisuuden ja laadun kehittämisen kautta. Tämän lisäksi kappaleessa mainitaan myös:

”Yhteistyössä koulutusorganisaatioiden kanssa luodaan edellytyksiä ja rakenteita kehittämistyölle, johon kaikki työyhteisön jäsenet osallistuvat. Työkäytäntöjä, menetelmiä, sisältöjä, osaamisen ja muutoksen johtamista kehitetään näyttöön ja tutkittuun tietoon perustuen” (Itä-Savo, 23).

Potilasturvallisuuteen ja laatuun otetaan kantaa useissa kohdissa suunnitelmaa. Turvallisuuspalveluille on varattu oma kappaleensa, jossa potilasturvallisuudesta tehdään seuraava toiminnallinen yhteenveto:

”Potilasturvallisuuden seurannassa ja parantamisessa tulee olla yhteinen järjestelmä ja potilasturvallisuus-suunnitelma kattaen koko hoitoketjun ja ylittäen hallinnolliset rajat” (Itä-Savo, 21).

Yksi kappaleessa mainittu toimenpide on tutun HaiPron käytön laajentaminen:

”Turvallisuusseurannassa suositellaan HaiPro-järjestelmän kattavaa käyttöönottoa Itä-Savon alueella” (Itä-Savo, 22).

Mielenkiintoinen maininta laatuun liittyen, jota ei juuri muista järjestämissuunnitelmista löydy, on big data. Tietohallintoa käsittelevässä kappaleessa olevissa linjauksissa kerrotaan, että:

”Alueen väestön terveyden edistämi[s]en vaikuttavuuden arvioinnin ja analysoinnin avulla (big data)” (Itä-Savo, 21).

Big datalla siis aiotaan suunnitelman mukaan kehittää potilastieto- ja liitännäisjärjestelmiä.

Kappale 5.2 *Palvelun laatu* on kohdistettu asialle kokonaisuudessaan. Sairaanhoidopiirissä on käytössä suunnitelman mukaan terveystalouden laatuohjelma SHQS ja sairaanhoidopiirille on laadittu laatusuunnitelma. Alueella on myös osallistuttu Potilasturvallisuutta taidolla-verkkokoulutukseen. Laatu- ja potilasturvallisuus on Itä-Savon järjestämissuunnitelman vahvuus.

Itä-Savon järjestämissuunnitelmassa ei käsitellä hoito- tai palveluketjuja kokonaisuutena, mutta suunnitelman sivuilla ketjut mainitaan muutamassa yhteydessä. Päihtyneiden hoitoketju mainitaan selviämisasemakappaleessa (s. 13), muistipotilaan palveluketjuja ollaan päivittämässä ikääntyneiden hyvään hoitoon liittyen (s. 15) ja lasten- ja nuorten keskeiset palveluketjut esitellään lasten ja nuorten mielenterveyspalveluita käsittelevässä kappaleessa (s. 16).

Kokonaisuutena Itä-Savon järjestämissuunnitelma on kevyt, mutta toimiva asiakirja. Tiedot alueet on käyty läpi suppeammin, mutta osa palveluista on esitelty varsin hyvin ottaen huomioon suunnitelman pituus. Vahvuutena suunnitelmassa on laatu- ja potilasturvallisuus. Kehitettävää voisi löytyä nykyisen palvelurakenteen syvällisemmästä avaamisesta ja kuvantamispalveluiden kehittämisestä. Kappaleiden lopusta löytyvät eri värillä korostetut linjaukset toimivat hyvin ja suunnitelman rakenne on selkeä.

Taulukko 15. Itä-Savon yhteenvetotaulukko.

	Asia on käsitelty suunnitelmassa niukasti	Asia on käsitelty suunnitelmassa lain ja asetuksen edellyttämällä tavalla	Asia on käsitelty suunnitelmassa laajasti
Sovittu kuntien yhteistyöstä		x	
Sovittu terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuuta-hoista		x	
Sovittu terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä		x	
Sovittu päivystyspalveluista		x	
Sovittu kuvantamispalveluista		x	
Sovittu lääkinällisen kuntoutuksen palveluista			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä erikois-sairaanhoidon kanssa			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä sosiaali-huollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä lääke-huollon kanssa.			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa			x
Sovittu miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella		x	
Sovittu miten erikoisaloittaista palvelujen tarvetta ja näihin vaikuttavia tekijöitä arvioidaan alueella			x
Sovittu miten sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella vastataan väestön perusterveydenhuollon tarpeeseen		x	
Sovittu terveydenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa tarkoitettujen perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä			x
Sovittu yhteistyöstä perusterveydenhuollon kehittämisessä		x	
Sovittu yhteistyöstä laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta alueella			x
Sovittu miten hoitoketjut tai alueelliset hoitosuunnitelmat laaditaan yhteistyössä ja miten niiden toteutumista seurataan		x	

Terveydenhuoltolain mukainen järjestämissuunnitelma – Terveyspalveluiden järjestäminen ja tuotanto Keski-Suomessa vuosina 2013-2016

Keski-Suomen terveydenhuollon palveluiden järjestämissuunnitelma on erilainen verrattuna useisiin muihin järjestämissuunnitelmiin. Keski-Suomen suunnitelma jakautuu selkeästi kahteen osaan: ensimmäisessä osassa on useita kymmeniä kuvia ja diagrammeja, joilla havainnollistetaan väestön terveyden ja palveluiden järjestämisen tilaa. Suunnitelman toisessa osassa käydään läpi tekstimuodossa lain vaatimat asiat. Keski-Suomen suunnitelmassa on itse asiassa melko vähän tekstiä, vaikka suunnitelmassa on paljon sivuja. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, etteikö suunnitelma vastaisi laissa oleviin kysymyksiin eri palveluista ja yhteistyöstä niihin liittyen.

Kuntien yhteistyötä löytyy välillisesti tietyistä monien palvelun osalta, mutta suunnitelman sivuilta luettavia välittömiä yhteistyön muotoja Keski-Suomessa löytyy ainakin alueellisen rekrytointiyhteistyön osalta:

”Luodaan yhteinen seudun vetovoimaisuuteen pohjaava rekrytinnin markkinointikonaisuus, joka lisää seudun ja työnantajien tunnettavuutta ja houkuttelevuutta” (Keski-Suomi, 55).

Alueellista yhteistyötä on suunnitelman mukaan lisätty myös hankinnoissa (Keski-Suomi, 42).

Kappale 4 käsittelee terveyden edistämistä ja ennaltaehkäisevää toimintaa. Kappaleessa mainitaan useita terveysohjelmia, joita aiotaan jatkaa. Terveyden edistämiseksi ja ehkäisevälle toiminnalle on asetettu suunnitelmassa painopisteet:

”Ehkäisevän toiminnan painopistealueena ovat kansansairauksien ehkäisy (mm. diabetes, valtimosairaudet, obstruktiiviset keuhkosairaudet, mielenterveyden häiriöt) erityisesti lihavuuteen, liikkumattomuuteen, tupakointiin, alkoholin liikakäyttöön ja lasten uniongelmiin varhaisella puuttumisella” (Keski-Suomi, 38).

Menetelmistä suunnitelmassa todetaan:

”Menetelmäksi maakunnassa on valittu mini-interventio periaate – eli ”tunnista varhain ja puutu asiaan” (Keski-Suomi, 38).

Terveydenhuollon palveluiden järjestäminen on kuvattu selkeästi. Sivulta 31 löytyvästä kuvasta 35 käy ilmi Keski-Suomen kuntien sote-yhteistoiminta-alueet. Alueet on esitetty kartassa eri värein ja kuvasta saa nopeasti hyvän käsityksen palveluiden järjestämisen yleisistä linjoista. Palveluiden järjestämisen periaatteita on lueteltu järjestämissuunnitelman toisen osa alussa. Tekstissä kerrotaan, että:

”Palvelut ryhmitellään lähipalveluiksi, seudullisiksi ja maakunnallisesti tuettaviksi sekä maakuntarajat ylittäviksi palveluiksi” (Keski-Suomi, 37).

Päivystyspalveluista käsitellään oman kappaleensa lisäksi myös perusterveydenhuollon yöpäivystyksen osalta sivulla 39. Tämän osion yhteydessä kerrotaan myös päivystyssuunnitelmasta:

”Koko maakunnan yhteisen päivystyssuunnitelman laadinta on alkamassa, lähipäivystysten aukioloaikoja ja ehkä päivystyspisteiden lukumääriäkin tultaneen tarkistamaan” (Keski-Suomi, 39).

Päivystyspalveluita käsittelevässä kappaleessa kuvataan Nopean vasteen toimintamallia NOVA:a:

”Nopean vasteen toimintamalli (NOVA) käynnistyi päivystysyksikössä täysimääräisesti vuoden 2008 alusta ja tähän liittyi Jyväskylän kaupungin perusterveydenhuollon virka-ajan ulkopuolisen päivystystoiminnan siirtyminen keskussairaalan yhteyteen” (Keski-Suomi, 45).

Kappaleessa kuvataan myös psykiatristen päivystyspotilaiden hoito, sosiaalipäivystys, päihdepäivystys ja ensihoito (Keski-Suomi, 45). Hammaslääkäripäivystys käsitellään sivulla 39. Päivystystoiminnan informaatio on osaltaan hyvinkin tarkkaa, sillä suunnitelmassa esitellään päivystyspalveluihin käytetyt viikkotuntimäärät eri kuntien alueella (Keski-Suomi, 39).

Kuvantamispalvelut on esitelty kahden kappaleen mittaisessa osiossa. Yleisesti kuvantamisesta suunnitelmassa on todettu, että:

”Maakunnan potilaiden kokonaishoidon suunnittelu ohjaa kuvantamispisteiden lukumäärää ja sijoittumista, joissa huomioidaan muun ohella etäisyydet ja taloudelliset näkökohdat” (Keski-Suomi, 47).

Lääkinnällinen kuntoutus on saanut osakseen hieman enemmän huomiota Keski-Suomen suunnitelmassa kuin kuvantamispalvelut. Kappaleessa kerrotaan, että Keski-Suomessa on kuntoutuksen palveluketju ja että:

”Keskeisenä tavoitteena on kuntoutuksen toimintaprosessien kehittäminen sujuviksi ja vaikuttaviksi. Työnjakoa eri toimijoiden kesken tulee tarkentaa ja yhteistyötä parantaa” (Keski-Suomi, 48).

Kappaleessa pohditaan erilaisten potilasryhmien kuntoutuspalveluiden kehittämistä. Tätä on suunnitelman mukaan tuettu esimerkiksi syksyllä 2013 käynnistyneen geriatrisen fysioterapian erikoiskoulutuksen kautta, jota järjestää Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Palveluihin ollaan myös kehittämässä lisää hoitoketjuja. (Keski-Suomi, 48-49). Kuntoutuspalvelut on käsitelty Keski-Suomen suunnitelmassa laajasti, mutta napakasti.

Yhteistyötä perusterveydenhuollossa voidaan nähdä olevan ainakin vanhusten hoivapalveluiden lääketieteellisen osaamisen varmistamisessa (s. 40), hankinnoissa (s. 42) ja terveydenhuoltohenkilöstön yhteiskäytössä (s. 55). Perusterveydenhuollon yhteistyö on vaikea riisua kehityksestä, jossa yhteistyötä pyritään lisäämään myös erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen välillä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä kuvaillaan Keski-Suomen suunnitelmassa mm. näin:

”Kaikkien terveydenhuollon henkilöstöryhmien välistä työnjakoa kehitetään sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa ja kannustetaan rajat ylittävään työkiertoon” (Keski-Suomi, 56).

Integraatiosta ja yhteistyöstä suunnitelmassa on mainittu yleinen periaate:

”Tavoitteena on erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen maakuntatasoinen integraatio” (Keski-Suomi, 43).

Keski-Suomessa käynnissä oleva uuden sairaalan rakentaminen on varmasti integraatiota vahvasti tukeva hanke. Samoin henkilöstön osaamisen kehittäminen, josta on kirjoitettu:

”Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön vahvistaminen koordinoimalla sosiaali- ja terveydenhuollon täydennyskoulutusta palvelu- ja rakenneuudistusten sekä tulevaisuuden osaamistarpeiden suuntaisesti” (Keski-Suomi, 52).

Lääkehuolto on käsitelty kappaleessa 7.10. Yhteistyötä lääkehuollossa tehdään KYS-ervan kanssa hankintapäätösten ja tarjouspyyntöjen osalta. Uutena ja laajennettavana työkaluna lääkehuollossa kappale nostaa esille lääkkeiden koneellisen annosjakelun, jonka käyttöä aiotaan laajentaa:

”Tavoitteena on palvelun laajentaminen yhä useampien perusterveydenhuollon potilaiden ulottuville, sillä annosjakelu vähentää lääkitysvirheitä ja säästää hoitajien työaikaa” (Keski-Suomi, 48)

Yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa löytyy ainakin koulutusorganisaatioiden kanssa. Suunnitelmassa mainitaan Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Jyväskylän koulutuskuntayhtymä ja Jyväskylän yliopisto. Myös muuta yhteistyötä on nostettu esiin:

”Osaamisen johtamisen välineiden kehittämistä ja yhdenmukaistamista jatketaan Jyväskylän kaupungin kanssa” (Keski-Suomi, 54).

Palvelujen tarpeen seuranta on Keski-Suomen suunnitelman ehdoton vahvuus. Järjestämissuunnitelman ensimmäinen osuus koostuu erilaisista kuvaajista, joista perusterveydenhuollon palvelujen tarpeeseen liittyvät ainakin terveydenhuollon avohoitokäyntien lukumäärät, sairaanhoitopiirin kansantauti-indeksi, sairastavuusindeksi ja perusterveydenhuollon vuodeosastohoito, josta on kuvattu keskimääräinen hoitoaika. Erikoisaloittaisia lukuja on esitetty erilaisten syöpien, mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden ja lukuisien sosiaalisten indikaattorien kautta.

Perusterveydenhuollon palvelujen tarve kasvaa ympäri Suomea. Keski-Suomen järjestämissuunnitelmassa keino, joilla tähän tarpeeseen aiotaan vastata liittyvät palveluiden järjestämisen uudistuksiin, esimerkiksi:

”Maakunnallisella järjestämisvastuulla ja kehittyvällä yhteisellä tietoteknologialla pyritään turvaamaan tasapuolinen palvelujen saatavuus koko maakunnassa. Lisäksi varaudutaan kuntarajat ja palvelujen tuottajaorganisaatiot ylittävään palvelujen käyttöön” (Keski-Suomi, 39).

Tietoteknisille ratkaisuille nähdään iso rooli palveluiden järjestämisen kannalta:

”Sujuvaa hoidon järjestämistä tuetaan aluetietojärjestelmillä” (Keski-Suomi, 44) ja

”Yhteistyössä KYS:n kanssa ollaan ottamassa käyttöön geneeristä 15D-vaikuttavuusmittaria, joka tuottaa toteutuneelle hoidolle vaikuttavuusindeksin” (Keski-Suomi, 44).

Terveydenhuoltolain 3 § 2:n palveluista Keski-Suomen suunnitelmassa on yksi selkeä huomio, joka menee kokonaisuudessaan näin:

”Perusterveydenhuollon terveyttä edistävinä palveluina on turvattava tarpeen mukaiset toimintaedellytykset perhesuunnittelu-, äitiys- ja lastenneuvoloissa, suun terveydenhuollossa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa samoin kuin työterveyshuollossa” (Keski-Suomi, 38).

Myös taulukossa 5, jossa kuvataan sosiaali- ja terveydenhuollon menoja Keski-Suomessa, on varattu rahaa ympäristöterveydenhuollolle (s. 32) ja työterveyshuoltoa käsitellään omassa kappaleessaan.

Perusterveydenhuollon kehittäminen ei ole Keski-Suomen järjestämissuunnitelman vahvuus. Kappaleessa 8.5 *Kehittämistyö* kerrotaan, että kehittämistyötä tehdään hankkeiden kautta. Hankeyhteistyötä alueella kuitenkin suunnitelman mukaan on (Keski-Suomi, 55). Kehittämistyön koordinoinnin vastuu on osoitettu perusterveydenhuollon yksikölle (Keski-Suomi, 52).

Potilasturvallisuudelle tai laadunhallinnalle ei ole suunnitelmassa omaa kappaletta, mutta asioita käsitellään kappaleessa 7.3 *Alueelliset hoitokäytännöt ja hoidon vaikuttavuus*. Suunnitelmassa todetaan, että:

”Potilasturvallisuustyössä arvioidaan ja tutkitaan palvelujärjestelmiä järjestelmän rakenteiden ja prosessien näkökulmasta. Maakunnan strategian avulla luodaan yhdenmukaisia käytäntöjä ja ohjeistuksia potilasturvallisuuden parantamiseen ja ennaltaehkäisevään työhön” (Keski-Suomi, 45).

Laadunhallinnasta taas kerrotaan, että:

”Sairaanhoitopiiriin laaditaan yhtenevä laadunhallinnan järjestelmä, joka on yhteen sovitettu laadunhallintaa koskevien kansallisten tavoitteiden ja KYS-ERVA-alueen sekä lähinnä maakunnan terveyskeskusten kanssa” (Keski-Suomi, 44).

Hoitoketjuista on hajanaisia mainintoja Keski-Suomen suunnitelmassa. Yksi näistä löytyy työterveyspalveluita käsittelevästä kappaleesta:

”Työkyynäkökulman huomioon ottaminen edellyttää tiiviimpää yhteistyötä terveydenhuollon eri tasojen välillä esimerkiksi hoitoketjujen laatimisessa ja työnjaon sopimisessa” (Keski-Suomi, 42).

Myös kuntoutuksessa ja fysiatriassa on suunnitelman mukaan hoitoketjutoimintaa (s. 48-49) ja uuden sairaalan rakentamisessa aiotaan ottaa hoitoketjutyö huomioon (s. 52).

Kokonaisuutena Keski-Suomen järjestämissuunnitelma onnistuu antamaan hyvän peruskäsityksen palveluiden järjestämisestä ja yhteistyöstä alueella. Palvelutarpeen arviointi on varmasti onnistunutta, sillä erilaisia kuvaajia ja indikaattoreita on käytetty suunnitelmassa erittäin laajasti. Keski-Suomen suunnitelman jatkokehittämisessä huomioitavia asioita voisivat olla perusterveydenhuollon kehittäminen ja kiinnittäminen huomiota hoitoketjuihin.

Taulukko 16. Keski-Suomen yhteenvetotaulukko.

	Asia on käsitelty suunnitelmassa niukasti	Asia on käsitelty suunnitelmassa lain ja asetuksen edellyttämällä tavalla	Asia on käsitelty suunnitelmassa laajasti
Sovittu kuntien yhteistyöstä		x	
Sovittu terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuuta-hoista		x	
Sovittu terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä		x	
Sovittu päivystyspalveluista			x
Sovittu kuvantamispalveluista		x	
Sovittu lääkkinnällisen kuntoutuksen palveluista			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä erikois-sairaanhoidon kanssa			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä sosiaali-huollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä lääke-huollon kanssa.		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa		x	
Sovittu miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella			x
Sovittu miten erikoisaloittaista palvelujen tarvetta ja näihin vaikuttavia tekijöitä arvioidaan alueella			x
Sovittu miten sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella vastataan väestön perusterveydenhuollon tarpeeseen			x
Sovittu terveydenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa tarkoitettujen perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä		x	
Sovittu yhteistyöstä perusterveydenhuollon kehittämisessä		x	
Sovittu yhteistyöstä laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta alueella		x	
Sovittu miten hoitoketjut tai alueelliset hoitosuunnitelmat laaditaan yhteistyössä ja miten niiden toteutumista seurataan		x	

Pohjois-Karjala – Terveysthuollon palvelujen alueellinen järjestämissuunnitelma vuosille 2013-2016

Pohjois-Karjalan terveydenhuollon järjestämissuunnitelma on kompakti 37 sivun suunnitelma. Osioita vetävät yhteen jokaisen käsittelykappaleen jälkeen tulevat ”Suunnitelmakaudella”-laatikot, joissa on summattu konkreettiset toimet ja tavoitteet ranskalaisin viivoin.

Terveysthuoltolain vaatimista suunnitelmakohdista ensimmäiseen, kuntien yhteistyöstä sopimiseen, Pohjois-Karjalan suunnitelma vastaa yleisotsikon *Kuntien välinen yhteistyö* alle asetetuin palvelukohtaisin kappalein (Laboratorio, Kuvantamistutkimukset/röntgentutkimukset, lääkehuolto yms.)

Terveystden edistäminen on kuvattu suunnitelmassa hieman selkeämmin, vaikkakin melko suppeasti. Terveystden edistämiseksi on varattu oma kappaleensa, puolen sivun mittainen kappale 12 *Terveystden ja hyvinvoinnin edistäminen*. Kappaleen yhteenvedossa mainitaan keinoiksi mm.:

”Järjestöjen ja kolmannen sektorin osaamista kansalaisten osallistamisessa terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen hyödynnetään aiempaa enemmän” (Pohjois-Karjala, 22).

Yhtenä työkaluna terveyden edistämisen työhön suunnitelmassa kuvataan Itä-Suomen yliopiston terveyden edistämisen professuuri ja painopisteeksi mainitaan lihavuuden kasvun taittuminen kaikissa ikäryhmissä (Pohjois-Karjala, 22).

Pohjois-Karjalan suunnitelmassa palveluiden järjestäminen on kuvattu hajanaisesti. Keskeisin tieto asiasta löytyy kappaleesta *Perusterveydenhuollon yhteistyö*, jossa kuvataan alueen eri kuntien yhteistoiminta-alueiden palveluiden järjestämistä. Aiheeseen liittyvää muuta tietoa löytyy suunnitelmasta eri palveluiden kohdalta niihin tarkoitettuista kappaleista. Sivulla 10 on kuitenkin koko sivun ”Sairaanhoidopiirin alueen sosiaali- ja terveydenhuollon SWOT-analyysi”, jossa käsitellään terveydenhuollon palveluiden järjestämistä neljästä eri näkökulmasta.

Päivystyksen järjestämistä ja yhteistyötä käsitellään omassa kappaleessaan. Kappaleessa päivystyspalveluiden järjestäminen on kuvattu yksityiskohtaisesti ja selvästi. Kappaleessa kerrotaan yhteistyön osalta esimerkiksi Lieksan ja Nurmes-Valtimon vastaavan itsenäisesti omista päivystyksistään ja samaan aikaan alueella yhteispäivystys on kehittymässä esim. näin:

”ensiapualueen päivystystoiminta muuttui hallinnollisesti erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteispäivystykseksi 1.4.2013, jonka järjestää PKSSK” (Pohjois-Karjala, 16).

Päivystyspalveluita käsitellään myös mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden, hammaslääkäripäivystyksen ja sosiaalipäivystyksen osalta. Yhteistyötä aiotaan palveluiden välillä suunnitelman mukaan lisätä:

”kehitetään sosiaalipäivystyksen, ensihoidon sekä ympärivuorokautisten päivystysten välistä yhteistyötä entistä tiiviimmäksi” (Pohjois-Karjala, 18).

Pohjois-Karjalan järjestämissuunnitelman kuvantamispalveluita koskeva kappale on selkeä, mutta vähäsanainen. Hyvää kehitystä yhteistyön osalta on kuitenkin suunnitelmassa kirjattuna näin:

”AluePACS:n myötä röntgenkuvat ovat potilasta hoitavien henkilöiden käytössä aina oikeassa paikassa oikeaan aikaan” (Pohjois-Karjala, 11).

Lääkinnällistä kuntoutusta käsitellään suunnitelman loppupuolella omassa tiiviissä kappaleessaan. Yhteistyön osalta kappaleessa kerrotaan, että:

”Kuntoutusohjaajat toimivat linkkinä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä...” (Pohjois-Karjala, 33).

Yhteistyöstä perusterveydenhuollon kanssa ja kesken on useita mainintoja suunnitelmassa ja sille on omistettu myös oma kappaleensa. Kappaleessa kuvataan perusterveydenhuollon yhteistyötä järjestämisenäkökulmasta, suunnitelmassa kirjoitetaan, että suunnitelmakaudella:

”varaudutaan vuonna 2014 voimaantuvaan kansalaisten oikeuteen valita vapaasti hoitopaikan valintaan tuotteistamalla avohoidon palvelut sekä hankkimalla alueellinen terveyskeskusten voimavarojen käyttöä kuvaava työkalu” (Pohjois-Karjala, 27).

Yksi esille nostettava esimerkki muista kappaleista löytyy *Vanhusten pitkäaikaishoito ja –hoiva sekä vuodeosastohoito ja kotisairaaloiminta-kappaleesta*:

”Yhteistoiminta-alueilla toteutetaan vuodeosastohoidossa yhteistyötä, samoin kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa sekä yksityisissä tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Yhteistoiminta-alueittein yli menevää yhteistyötä ei merkittävästi ole ollut aiemmin” (Pohjois-Karjala, 23).

Myös saattohoidon osalta hyvää yhteistyötä on kehittymässä, suunnitelmakaudella:

”laaditaan alueellinen saattohoitosuunnitelma sekä luodaan sairaanhoitopiiri- ja kuntatasoiset toimintamallit saattohoitopotilaan hoitoon yhteistyössä yksityisten hoitokotien kanssa” (Pohjois-Karjala, 23).

Perusterveydenhuollon yhteistyö on kuvattu Pohjois-Karjalan suunnitelmassa laajasti ja sisältää konkreettisia ja innovatiivisia ideoita yhteistyön osalta.

Erikoissairaanhoidon sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö on otettu esille muutamissa kohdissa Pohjois-Karjalan suunnitelmassa. Esimerkiksi:

”erityistä osaamista vaativissa tehtävissä suositetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kumppanuusvirkoja takaamaan alueellista palveluiden saatavuutta sekä kollegiaalista tukea” (28).

Yhteistyötä löytyy paljon myös poikkeusolosuhteita käsittelevästä kappaleesta *Yhteistyö poikkeusoloissa ja normaaliaikojen erityistilanteissa ja kappaleessa Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö* kuvataan mm. erilaisia alueellisia työryhmiä, mm.:

”..SAUMA-työryhmä, minkä tehtävänä on arvioida ja ratkaista perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon rajapintoihin liittyviä kirjaamiseen ja yhtenäisiin toimintamalleihin liittyviä ongelmia” (Pohjois-Karjala, 32).

Yhteistyöstä sosiaalihuollon kanssa järjestämissuunnitelmassa mainitaan mm. alueellinen päihdetyöryhmä, joka on Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen vastuulla. Yhteistyötä löytyy myös sosiaalipäivystyksen osalta sekä:

”tiivistetään yhteistyötä perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan ja sosiaalityön välillä” (Pohjois-Karjala, 31).

Yhteistyötä lääkehuollon kanssa on käsitelty myös laajasti. Asialle on omistettu oma kappale 3. *Lääkehuolto*. Lääkehuollon toiminta on kuvattu kappaleen alkupuolella selkeästi ja yksityiskohtaisesti. Alueellisesta yhteistyöstä osoituksena on mm.:

”Sairaala-apteekissa on nimetty alueelliselle lääkehuollolle oma vastuuproviisori” (Pohjois-Karjala, 12) ja

”Alueen yhtenäinen peruslääkevalikoima lisää lääkitysturvallisuutta” (Pohjois-Karjala, 12).

Kappaleessa esitellään lääkehuoltoon liittyviä toiminta ja vastuita sekä uusia ja suunniteltuja kehityskulkuja. Yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa kuvataan myös omassa, suunnitelman viimeisessä kappaleessa. Yhteistyökumppaneiksi mainitaan Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus ja maakuntaliitto. Erilaisten ryhmien osalta saman pöydän ääressä istuvat myös alueen ammattikorkeakoulu, vankeinhoitolaitos, Siniristi ja aluehallintovirasto. (Pohjois-Karjala, 34).

Miten Pohjois-Karjalassa seurataan perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta? Kuten useilla muilla alueilla, kuntien laatimat hyvinvointikertomukset toimivat Pohjois-Karjalan järjestämissuunnitelman mukaan kunnan strategisen suunnittelun perustana (Pohjois-Karjala, 5). Suunnitelmassa viitataan Liitteeseen numero 2, jossa on keskeisimpiä mittareita väestön palvelutarpeen arvioinnin tueksi. Suunnitelmassa myös annetaan verkko-osoite, josta indikaattoripaketit löytyvät. Indikaattoreita löytyykin huomattava määrä linkin takaa eri alueita koskevista indikaattoriyhteenvedoista. Itse suunnitelmassa mainitaan myös THL:n ATH-tutkimus.

Erikoisaloittaista palvelujen tarvetta voidaan Pohjois-Karjalassa varmasti seurata linkkien takaa löytyvien indikaattorien perusteella, sillä niistä löytyy hyvin tietoja eri erikoisalojen mukaisesti. Toivottavaa olisi, että keskeiset tiedot löytyisivät kuitenkin itse suunnitelmasta.

Perusterveydenhuollon palvelujen tarpeeseen vastataan Pohjois-Karjalassa ainakin kiinnittämällä huomiota nuorten lääkäreiden koulutukseen:

”..jatketaan RAMPE-hankkeen aikana luotua lääkäreiden koulutusputkea ja sen markkinointia” (Pohjois-Karjala, 25).

Hyvänä esimerkkinä on myös maininta vuodeosastojen kapasiteetista:

”..vuodeosastojen välistä yhteistyötä tehostetaan tarjoamalla tarvittaessa perusterveydenhuollon vuodeosastoilla olevaa kapasiteettia myös muiden kuntien asukkaille lyhytaikaista hoitoa vaativissa tilanteissa tavoitteena vähentää jonotuspäiviä erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen” (Pohjois-Karjala, 27).

Myös kappaleessa *Perusterveydenhuollon kehittäminen ja työnjakoon liittyvät asiat* kerrotaan, että

”..on kehitetty alueen kaikissa terveyskeskuksissa itsenäisten hoitajien vastaanottoa akuuttipotilaiden hoidossa ja kroonisten sairauksien seurannassa. Lisäksi osaan alueen terveyskeskuksista on valmistumassa valtakunnan ensimmäiset reseptin kirjoitusoikeudet omaavat sairaanhoitajat” (Pohjois-Karjala, 30).

Suunnitelmassa viitataan myös POKETTI-hankkeeseen, jossa:

”..tavoitteena on eri organisaatioissa tehtävän sosiaali- ja terveysalan henkilöstötarpeen ennakointityön nykyistä systemaattisempi koordinaatio” (Pohjois-Karjala, 19).

Terveyspalvelulain 3§ 2:n perusterveydenhuollon palveluja käydään läpi pitkän suunnitelmaa. Vastuuta näistä tehtävistä ottaa myös suunnitelman mukaan PKSSK:n perusterveydenhuollon yksikön terveyden

edistämisen professori (Pohjois-Karjala, 22). Muut momentin palvelut käydään suunnitelmassa eri osioissa läpi, mutta ympäristöterveydenhuolto jää ilman mainintaa.

Perusterveydenhuollon kehittäminen on otettu laajasti huomioon Pohjois-Karjalan järjestämissuunnitelmassa. Asialle varatun kappaleen lisäksi suunnitelmasta löytyy kappale *Terveysterveysten kehittämishankkeet*, jossa asiaa myös käsitellään (Pohjois-Karjala, 21).

Varsinaisina työkaluina perusterveydenhuollon kehittämisessä ovat olleet lääkäri-hoitajatyöparit:

”Perusterveydenhuoltoon on valmennettu vuoden 2012 aikana yhteensä kuusi lääkäri-hoitajatyöparia (kunnat; Joensuu, Outokumpu, Liperi, Kitee, Ilomantsi, Nurmes, Valtimo, Lieksa) osaksi valtakunnallista, Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämää ROHTO-kehittäjäverkostoa” (Pohjois-Karjala, 30).

Yhteistyön osalta todetaan, että:

”..osa kehittämisen työpajoista järjestetään alueellisina/seudullisina kuntakohtaisten työpajojen lisäksi” (Pohjois-Karjala, 31).

Yhteistyötä laadunhallinnassa ja potilasturvallisuudessa kuvataan kappaleessa 11 *Laadunhallinta ja potilasturvallisuus*. Suunnitelmassa nostetaan HaiPro-ohjelma keskiöön potilasturvallisuuden osalta:

”Yhteinen kirjaamisalusta mahdollistaa analyysien teon kaikista alueen potilasturvallisuutta vaarantavista tapahtumista” (Pohjois-Karjala, 21).

Muita työkaluja kappaleessa ei näiltä osin käsitellä, mutta laadunhallinnan osalta täydennyskoulutusta käsitellään omassa kappaleessaan:

”Koulutusten suunnittelu tapahtuu yhteistyössä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja kehitysvammahuollon kanssa” (Pohjois-Karjala, 19).

Hoitoketjuista on useita mainintoja suunnitelman eri osioissa. Vastuista kirjataan, että:

”perusterveydenhuollon yksikkö koordinoi hoito- ja kuntoutusketjujen laatimista” (Pohjois-Karjala, 33).

Yhteistyötä hoitoketjujen osalta on työlääkätieteen poliklinikan ja paikallisten työterveyshuollon palveluita tarjoavien yksiköiden kesken (s. 14) ja päihdepalvelutoimijoiden kesken eri tasoilla (s. 25).

Kokonaisuutena Pohjois-Karjalan järjestämissuunnitelma vastaa hyvin suunnitelmia käsittelevän lainsäädännön asettamiin vaatimuksiin. Suunnitelma on jäsennelty selvästi terveydenhuoltolain järjestämissuunnitelmaa koskevien pykälien mukaiseksi. Suunnitelma on tiivis ja antaa lukijalle hyvät valmiudet hakea lisätietoa esimerkiksi suunnitelmassa ja toiminnan suunnittelussa käytetyistä indikaattoreista.

Taulukko 17. Pohjois-Karjalan yhteenvetotaulukko.

	Asia on käsitelty suunnitelmassa niukasti	Asia on käsitelty suunnitelmassa lain ja asetuksen edellyttämällä tavalla	Asia on käsitelty suunnitelmassa laajasti
Sovittu kuntien yhteistyöstä		x	
Sovittu terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuuta-hoista		x	
Sovittu terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä		x	
Sovittu päivystyspalveluista			x
Sovittu kuvantamispalveluista		x	
Sovittu lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon kanssa			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä erikois-sairaanhoidon kanssa			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä sosiaali-huollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä lääke-huollon kanssa.			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa		x	
Sovittu miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella			x
Sovittu miten erikoisaloittaista palvelujen tarvetta ja näihin vaikuttavia tekijöitä arvioidaan alueella		x	
Sovittu miten sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella vastataan väestön perusterveydenhuollon tarpeeseen			x
Sovittu terveydenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa tarkoitettujen perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä		x	
Sovittu yhteistyöstä perusterveydenhuollon kehittämisessä			x
Sovittu yhteistyöstä laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta alueella		x	
Sovittu miten hoitoketjut tai alueelliset hoitosuunnitelmat laaditaan yhteistyössä ja miten niiden toteutumista seurataan		x	

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma - Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen jäsenkunnat 2013-2016

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen jäsenkuntien järjestämissuunnitelma on liitteineen 54 sivun mittainen suunnitelma, joka alkaa yhteenvedolla ja päättyy hyvin jäsenneltyihin liitteisiin palvelujärjestelmän nykytilan kuvauksesta sekä hyvinvointia kuvaavista indikaattoreista. Jokaisessa käsittelykappaleessa on rajattuja tekstialueita, joissa esitellään kyseisen aihealueen painotuksia, painopistealueita ja yhteenvedoa keskeisistä asioista.

Kuntien yhteistyön yhtenä keskeisenä painopisteenä on alueen yhteinen palvelustrategia:

”Järjestämissuunnitelmakauden aikana on sovittava alueen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisestä palvelustrategiasta, jossa määritellään tuotettavat lähipalvelut, seudulliset palvelut ja keskitetyt erityispalvelut sekä yhteistyö yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa” (Pohjois-Pohjanmaa, 14).

Kuntien yhteistyön pienempiä muotoja mainitaan suunnitelman osioissa. Palvelustrategian lisäksi painavampaa huomiota saa myös hankintayhteistyö.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä käsitellään monessakin yhteydessä, mutta asialle varatussa kappaleessa kerrotaan, että yhteistyö perustuu Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelmaan, jonka tuloksena on syntynyt Muutos Nyt-hyvinvointisopimus. Sopimuksessa on useita yhteistyötahoja: Pohjois-Pohjanmaan liitto, Pohjois-Suomen aluehallintovirasto, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Suunnitelmassa kerrotaan, että hyvinvointityössä on kolme konkreettista toimintamallia: paikallinen alkoholipolitiikka PAKKA, videovälitteinen painonhallinnan ohjausryhmämalli ja kaksiportainen työmenetelmä lapsen arjen tueksi. (Pohjois-Pohjanmaa, 12-13).

Terveydenhuollon palveluiden järjestämistä käsitellään selkeimmin suunnitelman liitteessä 3: *Palvelujärjestelmän nykytilakuvaukset kunnittain*, jossa on taulukkomuodossa esitetty missä ja millä tavalla (omana tuotantona vai ostopalveluna) palvelut on järjestetty ja tuotettu. Taulukoita on toistakymmentä ja niistä saa erittäin hyvän kuvan alueen palveluista. Näiden lisäksi kappaleessa 2 *Toimintaympäristö* kuvataan palveluita alueen yhteistoiminta-alueilla sekä niiden väestöpohjia.

Päivystyspalveluiden osalta yhteistyötä löytyy paljon. Kappaleessa 4.3.2 *Päivystystoiminnan kehittäminen* kerrotaan yhteisistä päivystysyksiköistä ja yhteispäivystyksistä alueella. Painopiste on kuitenkin asetettu hieman eri tavalla:

”Sairaalahoidon paikkojen lisäyksen sijaan kehitetään erityisesti kotiin annettavia palveluja niin, että ensisijaisesti sairaalasta siirrytään kotiin tai tuettuun asumiseen” (Pohjois-Pohjanmaan, 29).

Kappaleessa käsitellään päivystyksen järjestäminen laajasti, sillä myös haasteet ja ongelmat on nostettu selkeästi esille. Päivystys käsitellään hyvin myös suun terveydenhuollon, sosiaalipäivystyksen sekä päihde- ja mielenterveyspäivystyksen osalta. Kappaleesta käyviä tietoja täydentävät liitteestä 3 löytyvät perustiedot päivystyksen järjestämisestä alueella.

Kuvantamispalvelut käsitellään sivulta 30 löytyvästä kappaleesta. Myös kuvantamispalveluiden osalta jatkosuunnitelmana on asiaa käsittelevä erillinen asiakirja: *Alueellinen toimintasuunnitelma*. Myös muita palveluiden kehittämiseen liittyviä huomioita löytyy:

”Kuvantamistoiminnassa selvitetään mahdollisuudet sairaanhoitopiirin hallinnoiman kuvantamispalvelun laajentamiseen koko alueelle sisältäen yksityissektorilta kilpailutettavat palvelut toimivine tietoliikennejärjestelyineen. Tähän liittyen otetaan käyttöön yhteinen laatukäsikirja ja radiologisen toiminnan säännöllinen auditointi” (Pohjois-Pohjanmaa, 30).

Lääkinnällistä kuntoutusta ei käsitellä omana kappaleenaan, mutta apuvälinepalvelut ovat saaneet paljon huomiota suunnitelmassa. Apuvälineiden osalta yhteistyötä löytyy ja suunnitelmassa kuulutetaan alueellisen apuvälinekeskuksen perustamisen tärkeyttä (s. 31). Näiden lisäksi kuntoutusta käsitellään alakappaleessa *Kuntouttava toiminta hoitoketjuissa ja palveluprosesseissa*. Kappaleessa on kirjoitettu kuntoutuspalveluiden periaatteista melko yleisellä tasolla, mutta yhteistyöstäkin on kuvausta:

”Alueella pitää tiivistää kuntoutuksen eri toimijoiden yhteistyötä ja sopia eri toimijoiden roolit olemassa olevan lainsäädännön perusteella. Alueellisen yhteistyöverkoston rakentaminen kuntoutustoimijoiden kanssa käynnistetään...” (Pohjois-Pohjanmaa, 25).

Kuntoutukseen halutaan selvästi panostaa, sillä työn tukemiseksi aiotaan perustaa alueellinen asiakasyhteistyötoimikunta sekä alueellinen virkamiestyöryhmä. (Pohjois-Pohjanmaa, 25). Myös kolmannen sektorin panosta arvostetaan suunnitelmassa.

Pohjois-Pohjanmaan järjestämissuunnitelmasta ei ole mielekästä etsiä yhteistyötä pelkästään perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa, koska suunnitelmassa on painotettu perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen yhteistyötä kokonaisuutena:

”Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen yhteistyötä parannetaan kehittyv[i]llä konsultaatiotavoilla sekä etä- ja verkkokoulutuspalveluilla” (Pohjois-Pohjanmaa, 10)

”Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä selvitetään perustason laitos- ja sairaalapaikkojen tarve. Lisäksi on sovittava tarkoituksenmukaisesta työnjaosta siten, että potilaan hoito tapahtuu aina hoidon tarpeen edellyttämällä tasolla” (Pohjois-Pohjanmaa, 14)

Tietoteknisten ratkaisujen osalta:

”Tietoteknisten ratkaisujen myötä asiakkaan, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä sosiaalihuollon välille syntyvä kiinteämpi yhteistyö ja vuorovaikutus parantaa toiminnan laatua, vahvistaa osaamista ja edistää potilasturvallisuutta” (Pohjois-Pohjanmaa, 16).

Tarvittavaa yhteistyötä sosiaalihuollon kanssa on pohdittu erikseen alakappaleessa *Sosiaalityön osaaminen terveydenhuoltoon*:

”Eri väestö- ja ikäryhmien oikeus riittäviin, yksilöllisiin ja tarvetta vastaaviin yleisiin sosiaalipalveluihin huomioidaan palveluiden järjestämisessä mm. lisäämällä terveysosiaalialan osaamista perusterveydenhuollon palveluissa, kuten neuvoloissa, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa, vuodeosastoilla, päihde- ja mielenterveyshoitoyksiköissä” (Pohjois-Pohjanmaa, 15).

Asiaa on käsitelty myös kappaleessa *Sosiaalitoimi terveydenhuollon palveluprosesseissa*. Kappaleessa käsitellään yhteistyömahdollisuuksia ja integraatiota mm. perhetyön, kuntouttavan toimintamallin ja porrastetun asumisen näkökulmasta. Lähtökohta palveluiden kehittämisessä on oikea:

”Painopiste on avohuollon kehittämisessä eikä laitospalveluiden suhteellista osuutta lisätä väestönkasvun suhteessa, vaan laitospalveluiden osuutta vähennetään kaikkien asiakasryhmien osalta” (Pohjois-Pohjanmaa, 22) (Alleviivaus alkuperäisessä tekstissä).

Yhteistyötä lääkehuollossa käsitellään asialle omistetussa lyhyessä alakappaleessa sivuilla 30-31. Kappaleessa kiinnitetään huomiota nouseviin kustannuksiin:

”Lääkehuollon ja apteekkipalveluiden järjestäminen kokonaisuudessaan sairaanhoitopiirin toimesta on aiheellista selvittää tavoitteena kustannusneutraali toimintaratkaisu” (Pohjois-Pohjanmaa, 30-31).

Alueella aiotaan suunnitelman mukaan selvittää myös koneellisen annosjakelun ja osastofarmasiatoiminnan laajentamista (s. 31).

Yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa on myös käsitelty eri puolilla suunnitelmaa. Järjestöjen merkitystä kuvataan näin:

”Järjestöillä on tärkeä rooli tiedon, tuen ja erilaisten vertaistuen areenoiden tarjoamisessa. Järjestöiltä löytyy usein sekä ammatillista että kokemuspohjaista asiantuntijuutta” (Pohjois-Pohjanmaa, 18).

Alakappaleessa *Muut toimijat hoitoketjuissa ja palveluprosesseissa* kolmas sektori otetaan esille palveluprosessikokonaisuuksien kehittämiskumppanina:

”Yhteinen kehittämistyö kuntien ja järjestöjen kesken on lisännyt ymmärrystä toimijoiden roolista, mikä jatkossa auttaa rakentamaan palveluprosesseja, joissa näkyy järjestöjen rooli potilaiden omaehtoisen kuntoutuksen edistäjänä, itsehoitoa tukeva toiminta ja omaisten kanssa tehtävä yhteistyö” (Pohjois-Pohjanmaa, 27).

Suunnitelmassa mainitaan myös, että yhteistyötä aiotaan tukea perustettavan toimijafoorumin kautta, johon mukaan kutsutaan myös yksityisen sektorin toimijoita (Pohjois-Pohjanmaa, 27).

Liitteestä 2 saa vastauksen siihen, miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta on seurattu alueella. Liitteessä on erilaisia indikaattoreita neljästä eri teemasta: terveys ja toimintakyky, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus, toimeentulo sekä kuntalaisten palvelut. Indikaattoreina on mm. kansantauti-indeksi, Kelan sairastavuusindeksi sekä muita sairastavuuteen liittyviä indeksejä. Kuntalaisten palvelut-teeman alta löytyy mm. perusterveydenhuollon avohoidon lääkärin potilaat yhteensä prosentuaalisesti väestöstä ja muita palveluiden käyttöön liittyviä tietoja. (Pohjois-Pohjanmaa, Liite 2, 45)

Erikoisaloittaisista tarpeista ja näihin vaikuttavista tekijöistä tietoa löytyy samaisesta liitteestä 2. Tietoa on jaoteltu väestön iän kautta nouseviin yleisiin palvelutarpeisiin. Jaottelu on tehty lapsiin, varhaisnuoriin ja lapsiperheisiin, nuoriin ja nuoriin aikuisiin, työikäisiin sekä ikäihmisiin. (Pohjois-Pohjanmaa, Liite 2, 46-47).

Väestön perusterveydenhuollon palvelujen tarpeeseen aiotaan vastata suunnitelman mukaan mm. näin:

”Perusterveydenhuoltoa vahvistaa [...] Palveluiden saatavuuden parantaminen, paljon palveluita käyttävien asiakkaiden tehostettu ja suunnattu palveluohjaus, avogeriatrian vahvistaminen, varhainen mielenterveys-työ, tules-hoitokonseptit ja hyvinvointineuvolat lapsiperheiden tukena..” (Pohjois-Pohjanmaa, 16).

Näiden perusterveydenhuoltoa vahvistavien toimien lisäksi suunnitelmassa painotetaan asiakkaan omahoidon tukemista teknologian ja lähipalveluiden avulla:

”Palveluita tarjotaan lähipalveluina mm. kotiin annettavan palvelun, liikkuvien ja jalkautuvien palveluiden ja etäpalveluiden avulla, milloin tarkoituksenmukaista” (Pohjois-Pohjanmaa, 9).

Kansanterveystyöstä ja sen kuntien järjestämistä palveluista kuvan saa tarkastelemalla Oulun alueen kuntayhtymien palveluita sivuilta 8 ja 9. Sivuilla kerrotaan mitä palveluita mikäkin kuntayhtymä järjestää. Näiden lisäksi huomiota on saanut erityisesti työterveyshuolto, jota on käsitelty hyvin alakappaleessa *Työterveyshuollon rooli palveluiden tuottajana* (s. 16-18). Työterveyshuoltoa analysoidaan suunnitelmassa mm. näin:

”Perusterveydenhuollon nykyiset saatavuusongelmat saattavat johtua siitä, että kunnat eivät ole ottaneet huomioon työterveydestä siirtyvän ikääntyvän väestön kasvua” (Pohjois-Pohjanmaa, 17).

Perusterveydenhuollon kehittämistä puidaan kappaleessa 6. *Osaaminen, kehittäminen ja tutkimus*. Alueen keskeinen kehittämistarve tunnistetaan suunnitelmassa henkilöstön saatavuuden turvaamiseksi. Henkilöstötarvetta käsitellään paljon tässä kappaleessa ja muu kehittäminen saa pienemmän roolin suunnitelmassa. Kehitystyö nähdään suunnitelmassa toteutuvaksi myös hankkeiden kautta:

”Kansallisissa kehittämishankkeissa luodaan toimivia malleja potilaan laadukkaan ja tasavertaisen hoidon toteutumiseen. Kehitetyt palveluprosessit ja hoitoketjut jalkautetaan toimiyksiköihin sekä perusterveydenhuollossa, sosiaalihuollossa että erikoissairaanhoidossa” (Pohjois-Pohjanmaa, 36).

Sivulla 39 on esitetty kaksi kuvaa. Toinen kuvaa EU:n CAF- laadunarviointimallia (Common Assessment Framework) ja toinen kehittämiseen liittyvää Demingin jatkuvan kehittämisen ympyrää. Ilmeisesti nämä ovat työkaluja alueen palveluiden kehittämisessä, mutta niihin tai kuviin ei viitata tekstissä, joten käyttö jää epäselväksi.

Laadunhallintaa ja potilasturvallisuutta käsitellään suunnitelman seitsemännessä kappaleessa. Molempien asioiden osalta keskeisenä työkaluja ovat laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosuunnitelmat, jotka järjestämissuunnitelman mukaan ovat valmistuneet vuoden 2013 loppuun mennessä (Pohjois-Pohjanmaa, 37). Potilasturvallisuuden yhtenä työkaluna on vaaratapahtumaraportointijärjestelmä Haipro ja turvallisuuskulttuuria on arvioitu yksiköissä käyttäen VTT:n TUKU-mittaria. (Pohjois-Pohjanmaa, 37). Laadunhallinnasta ja palautteen keräämisestä kerrotaan, että:

”Tällä hetkellä sairaanhoitopiirin alueella on palautteen keräämiseen, analysointiin ja hyödyntämiseen käytössä erilaisia menettelyjä sekä jatkuvana ja määräajoin kerättävänä. Toimintayksiköissä on sovittu menettelytavat, joilla asiakas-/potilaspalautteeseen vastataan” (Pohjois-Pohjanmaa, 38).

Kappaleessa käsitellään myös potilaan/asiakkaan oikeuksia hyvin. Potilasturvallisuus ja laadunhallinta on käsitelty kiitettävästi Pohjois-Pohjanmaan suunnitelmassa.

Myös hoitoketjut on käsitelty laajasti Pohjois-Pohjanmaan järjestämissuunnitelmasta, sillä sivulta 21 löytyvien painopisteiden lisäksi monet palvelut käsitellään hoitoketjujen tai palveluprosessien kautta (sosiaali-toimi, mielenterveys- ja päihdepalvelut, kuntouttava toiminta, työterveyshuolto sekä muut toimijat). Yleisesti hoitoketjuista suunnitelmassa kirjoitetaan, että:

”Hoitoketjuihin sisällytetään kuntouttava ja terveyttä edistävä työ sekä sosiaalitoimi. Hoitoketjut ovat tulevaisuudessa laajemmin palveluprosesseja, joissa näkyy poikkihallinnollinen ja –toimijamainen verkostotyö” (Pohjois-Pohjanmaa, 20).

Pohjois-Pohjanmaan järjestämissuunnitelma on kokonaisuutena hyvä. Alue on valinnut rohkeasti painopistealueet, joihin suunnitelmassa keskitytään, mutta samalla suunnitelma antaa hyvät perustiedot palveluiden järjestämisestä. Järjestämissuunnitelman vahvuuksia ovat hyvin jäsennellyt perustiedot palvelujärjestelmän nykytilasta liitteissä sekä vahva hoitoketjunäkökulma. Myös laadunhallinta ja potilasturvallisuus on käsitelty suunnitelmassa hyvin. Lisäpotkua suunnitelma voisi saada perusterveydenhuollon kehittämistä selkiyt-

tämällä. Suunnitelmassa myös viitataan lukuisiin muihin suunnitelmiin; keskeisiä tietoja näistä voisi jatkossa esittää varsinaisessa suunnitelmassa.

Taulukko 18. Pohjois-Pohjanmaan yhteenvetotaulukko.

	Asia on käsitelty suunnitelmassa niukasti	Asia on käsitelty suunnitelmassa lain ja asetuksen edellyttämällä tavalla	Asia on käsitelty suunnitelmassa laajasti
Sovittu kuntien yhteistyöstä		x	
Sovittu terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuuta-hoista			x
Sovittu terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä			x
Sovittu päivystyspalveluista			x
Sovittu kuvantamispalveluista		x	
Sovittu lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä erikois-sairaanhoidon kanssa			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä sosiaali-huollon kanssa			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä lääke-huollon kanssa.		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa			x
Sovittu miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella		x	
Sovittu miten erikoisaloittaista palvelujen tarvetta ja näihin vaikuttavia tekijöitä arvioidaan alueella		x	
Sovittu miten sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella vastataan väestön perusterveydenhuollon tarpeeseen		x	
Sovittu terveydenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa tarkoitettujen perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä		x	
Sovittu yhteistyöstä perusterveydenhuollon kehittämisessä			x
Sovittu yhteistyöstä laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta alueella			x
Sovittu miten hoitoketjut tai alueelliset hoitosuunnitelmat laaditaan yhteistyössä ja miten niiden toteutumista seurataan			x

”Tällä hetkellä Kainuun keskussairaalan päivystystä jaetaan vielä kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon päivystykseen. Jatkossa uuden päivystysasetuksen myötä nämä raja-aidat poistuvat ja päivystys tulee yhtenäiseksi omaksi yksiköksi” (Kainuu, 21) ja tästä seuraa suunnitelman mukaan, että:

”Henkilökunnan yhteiskäyttö helpottuisi, tällä hetkellä pitää olla eri hoitajat ja lääkärit molemmilla puolilla” (Kainuu, 21).

Kuvantamispalveluita käsitellään kappaleessa 15.2 *Radiologia*. Kappaleessa on kuvattu kuvantamispalveluiden järjestäminen melko tarkasti, jonka lisäksi tutkimusmäärät on kerrottu. Suunnitelman mukaan Kainuun kuvantamispalvelut ovat hyvällä mallilla, sillä:

”Myynti yksityiselle sektorille aloitetaan terveysasemilla kuluvan vuoden [2013] syksyllä” (Kainuu, 26)

Lääkinnällinen kuntoutus on saanut oman kahden sivun mittaisen kappaleen Kainuun järjestämissuunnitelmassa. Kuntoutus on suunnitelman mukaan integroitu osaksi muuta palvelujärjestelmää ja työnjako, tehtävät ja lähetekäytännöt on määritelty kuntoutuksen hoidonporrastusohjeessa (s. 23)

Kainuun Uusi sairaala-hanke tulee vaikuttamaan lääkinnälliseen kuntoutukseen positiivisesti, sillä suunnitelmissa on:

”Yhteistyössä muiden tahojen kanssa käyttöön otetaan uutta kuntoutusteknologiaa harjoitteluratoineen, simulaattoreineen, pelisovelluksineen ja virtuaaliympäristöineen” (Kainuu, 24).

Kainuun järjestämissuunnitelma on yksi niistä harvoista suunnitelmista, joissa kerrotaan suoraan miten perusterveydenhuollon yhteistyö toteutuu alueella. Kainuun suunnitelman kappaleessa 11. *Perusterveydenhuollon yhteistyö* on kuvattu muutamia konkreettisia tapoja, esimerkiksi:

”Maantieteellisesti lähellä toisiaan olevien kuntien terveysasemien talous- ja henkilöstöhallinto on yhdistetty” (Kainuu, 9) ja

”Lääkäreiden osalta yhteistyötä tehdään kuntien välillä lääkäriresurssien mukaan. Osa lääkäreistä työskentelee osan työajastaan toisen kunnan terveysasemalla. Hoitajat sijaistavat toisiaan eri kuntien terveysasemilla” (Kainuu, 10).

Myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä on käsitelty omassa kappaleessaan. Työkaluna tälle yhteistyölle nähdään hoitoketjujen kehittämistyö. Kappaleessa 12 esitellään alkuun perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä yleisesti, jonka jälkeen yhteistyöstä annetaan konkreettisia esimerkkejä. Tällaisia yhteistyön muotoja ovat esim. tähtystystoiminnan kehittäminen, rasitus-EKG-tutkimusten toteuttaminen terveyskeskuksissa ja sisätautien erikoisalojen vastaanottotoiminnan tuomista terveyskeskuksiin (Kainuu, 15).

Yhteistyö sosiaalihuollon kanssa on Kainuun järjestämissuunnitelman heikkous. Suunnitelmassa käsitellään sosiaalihuollon järjestäminen liitteissä ja sosiaalipäivystys päivystyspalveluiden osana, mutta yhteistyöstä ei ole mainintoja.

Lääkehuoltoa on käsitelty omassa kappaleessaan 15.3. Lääkehuollon järjestäminen on esitelty selkokielisesti ja lääkehuollossa on selkeä potilasturvallisuusnäkökulma läsnä:

”Alueen yhtenäinen lääkevalikoima parantaa lääkitysturvallisuutta ja vähentää tarpeetonta lääkenimikkeiden vaihtuvuutta” (Kainuu, 26).

Muutoksia ja kehitystä on myös tiedossa suunnitelman mukaan:

”Uuden sairaala-apteekin valmistumisen myötä lääkehuollon toimintoja automatisoidaan sekä logistiikan että lääkkeenvalmistuksen osalta. Automaatio korvaa mekaanisia toistuvia työvaiheita ja sen tarkoituksen on farmasian asiantuntijoiden osaamisen ja työpanoksen kohdistaminen tarkoituksenmukaisemmin” (Kainuu, 26).

Yhteistyö muiden toimijoiden kanssa käsittää yksityiset toimijat, järjestöt sekä kolmannen sektorin ja yhteistyön puolustusvoimien kanssa. Asiaa käsitellään suunnitelman viimeisessä kappaleessa. Kolmannen sektorin roolista tehdään suunnitelmassa osuva havainto:

”Toisaalta järjestöt voivat luoda yhteisöllisyyttä ja tuottaa sellaisia ei-lakisääteisiä palveluja tai toimintaa, jolla on erittäin suuri merkitys kuntalaisten hyvinvoinnille tai erilaisille väestöryhmille (Kainuu, 32).

Myös puolustusvoimien kanssa tehtävästä yhteistyöstä nousee mielenkiintoinen esimerkki:

”Kainuun sote tuottaa puolustusvoimille lisäksi erillisellä sopimuksella varusmiesten vapaa-ajan puhelin-neuvontapalvelua sairaanhoitajien ympärivuorokautisen neuvontapisteen kautta” (Kainuu, 32).

Perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan Kainuun alueella erilaisin indikaattorein, joista tärkeimmät tiedot löytyvät suunnitelman liitteistä, mutta kappaleessa 2. *Väestön palveluntarpeen arviointi* kerrotaan, että:

”Väestön palvelutarvetta arvioidaan väestörakenteen, elämisen ja terveyden näkökulmasta. Taustamateriaalina on käytetty SotkaNetin, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, Tilastokeskuksen ja Kelan tilastoja sekä kansallisia tutkimuksia” (Kainuu, 2).

Suunnitelmassa myös kerrotaan, että:

”Tulevaisuudessa palveluntarpeen ennakointi helpottuu, kun sähköinen hyvinvointikertomus on kuntien, kuntayhtymän sekä muiden toimijoiden käytössä” (Kainuu, 2).

Erikoisaloittaisia tarpeita on kuvattu suunnitelman liitteissä. Tietoa löytyy mm. masentuneisuudesta, lihavuudesta, muistista ja fyysisestä toimintakyvystä.

Väestön perusterveydenhuollon palvelutarpeeseen aiotaan vastata alueella ainakin kappaleessa 7 kuvatun terveyshyötymallin avulla. Kappaleessa kerrotaan palveluiden tarjoamisen uudentuneista periaatteista:

”Näyttöön perustuvaa, vaikuttavaa hoitoa tulee tarjota kaikille, jotka siitä hyötyvät ja hoidosta tulee pidättyä silloin, kun siitä ei ole hyötyä. Keskeistä kehittämisessä on hoitoprosessien uudelleenjärjestely, tietotekniikan tehokas käyttö, osaamisesta ja taidosta huolehtiminen ja niiden hyödyntäminen, tehokkaiden tiimien muodostaminen ja hyvä koordinaatio terveydenhuoltojärjestelmässä” (Kainuu, 12).

Myös perusterveydenhuollon yhteistyötä kuvaavassa kappaleessa kerrotaan, että:

”Jokaisella pitkäaikaissairautta sairastavalle potilaalle on nimetty kansanterveyshoitaja, joka toteuttaa potilaan hoitosuunnitelmaan perustuvaa hoitoa yhdessä lääkärin kanssa, lääkäri-hoitaja työparimallin mukaisesti” (Kainuu, 9).

Terveydenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa tarkoitetuista kansanterveyspalveluista Kainuun suunnitelmassa on nostettu esille ympäristöterveydenhuolto, jonka osalta yhteistyötahot on kirjattu suunnitelmaan selkeästi:

”Ympäristöterveydenhuolto tekee yhteistyötä mm. kuntien ympäristönsuojelun, rakennusvalvonnan, kaavoituksen, teknisen toimen ja vesihuollosta vastaavien tahojen kanssa. Yhteistyö näkyy esimerkiksi lausuntojen antamisena ympäristöluvista sekä uutta kaavoitusta suunniteltaessa ympäristöterveydenhuolto voi arvioida kaavoituksen terveyshaittoja (mm. melu)” (Kainuu, 11).

Kappaleessa 11.2 on käsitelty myös laajasti kuntien vastuulla olevien työterveyshuollon palveluiden toteuttamista.

Perusterveydenhuollon kehittäminen on myös yksi Kainuun vahvuusalueista. Kappale 9 kuvaa alueella tehtyjä ja tehtäviä perusterveydenhuollon kehittämistoimenpiteitä ja malleja. Kappaleessa kerrotaan vuosina 2010-2012 tehdystä perusterveydenhuollon kehittämisohjelmasta:

”Kehittämisohjelman muodostivat kolme STM:n Kaste-kehittämisrahoituksella toteutettua kehittämishanketta (PaKaste, Kytke, Rampe)” (Kainuu, 15).

Rohto-toiminta on ollut vahvasti esillä Kainuun perusterveydenhuollon kehittämisessä:

”Osana RAMPE-hanketta Kainuuseen koulutettiin kolme ROHTO-valmennustiimiä sekä heidän tuekseen ROHTO-aluevastaava. [...] Rohto-toiminta on rationaalista hoitoa edistävien toimintatapojen kehittämistä omilla työpaikoilla, mm. pajatyoöskentelyn avulla” (Kainuu, 16).

Kehittämistyöstä kirjoitetaan myös, että:

”Kehittämistyön juurruttamiseksi, uusien toimintamallien luomiseksi sekä uusien näkökulmien esiin nostamiseksi Kainuussa on kehitetty kehittäjätyöntekijä, kehittäjäasiakas ja uusimpana kehittäjäkylä- toimintamallit” (Kainuu, 15).

Laadunhallinta ja potilasturvallisuus ei ole saanut omaa kappaletta Kainuun suunnitelmassa. Potilasturvallisuuden näkökulmasta lääkehuollon kehittäminen niin, että potilasturvallisuus kulkee kehityksen mukana, on yksi tapa kehittää yhteistyötä. Toinen suunnitelmassa nouseva teema on infektioiden torjunta, josta todetaan yhteistyön osalta, että:

”Infektioiden torjunta Kainuun sote-kuntayhtymässä toimii verkostomaisena yhteistyönä, jota koordinoi keskussairaalaasta käsin infektioiden torjuntayksikkö” (Kainuu, 26).

Laadusta tai sen kehittämisestä ei tässä yhteydessä ole mainittu, mutta liitteenä olevasta palvelustrategiasta löytyy laatuun liittyviä linjauksia.

Vastuuta hoito- ja palveluketjujen työstämisestä annetaan perusterveydenhuollon yksikölle (s. 4) ja seuraava hoitoketjuja käsittelevä aihe on henkilöstön kehittäminen, jonka yhteydessä kerrotaan moniammatillisen tiimikoulutuksen järjestämisestä:

”Tiimityön oppimisessa koulutuksen substanssina ovat hoitoketjut ja muilla eri tavoin määritellyt kliinisen ongelma-alueet, joissa tarvitaan useampia eri ammattihenkilöitä” (Kainuu, 8).

Hoitoketjuja käsitellään varsinaisesti kappaleessa 12.1 *Hoitoketjujen ja alueellisten hoitosuunnitelmien laatiminen, toteutuksen tuki ja seuranta*. Kappaleessa kerrotaan, että:

”Jokaiselle hoitoketjulle määritellään vastuhenkilö, joka vastaa hoitoketjun päivittämisestä vuosittain. Hoitoketjujen toimivuutta ja toiminnan laatua mitataan, analysoidaan ja arvioidaan säännöllisesti mm. sisäisillä arvioinneilla ja johdon katselmuksin” (Kainuu, 25).

Kokonaisuutena Kainuun järjestämissuunnitelma antaa hyvän kuvan yhteistyöstä alueella. Suunnitelmaa voisi kehittää pohtimalla sen rakennetta ja erilaisten yhteenvetojen ja konkreettisten toimintalinjausten avulla. Suunnitelmassa on kuitenkin paljon tietoa ja siinä on hyvin vahvoja alueita kuten terveyden edistäminen, perusterveydenhuollon yhteistyö ja kehittäminen. Yhteistyö sosiaalihuollon kanssa on myös alue, jota kehittämällä Kainuun suunnitelma voisi onnistua vielä paremmin.

Taulukko 19. Kainuun yhteenvetotaulukko.

	Asia on käsitelty suunnitelmassa niukasti	Asia on käsitelty suunnitelmassa lain ja asetuksen edellyttämällä tavalla	Asia on käsitelty suunnitelmassa laajasti
Sovittu kuntien yhteistyöstä		x	
Sovittu terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuuta-hoista			x
Sovittu terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä			x
Sovittu päivystyspalveluista		x	
Sovittu kuvantamispalveluista			x
Sovittu lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon kanssa			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä erikois-sairaanhoidon kanssa			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä sosiaali-huollon kanssa	x		
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä lääke-huollon kanssa.			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa		x	
Sovittu miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella		x	
Sovittu miten erikoisaloittaista palvelujen tarvetta ja näihin vaikuttavia tekijöitä arvioidaan alueella		x	
Sovittu miten sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella vastataan väestön perusterveydenhuollon tarpeeseen			x
Sovittu terveydenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa tarkoitettujen perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä			x
Sovittu yhteistyöstä perusterveydenhuollon kehittämisessä			x
Sovittu yhteistyöstä laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta alueella		x	
Sovittu miten hoitoketjut tai alueelliset hoitosuunnitelmat laaditaan yhteistyössä ja miten niiden toteutumista seurataan			x

Keski-Pohjanmaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelma

Keski-Pohjanmaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelma on mittava lähes sadan sivun asiakirja, jossa on mukana 21 liitettä. Suunnitelma etenee melko tarkasti laissa ja asetuksessa olevien kohtien mukaisesti ja suunnitelmassa onkin vastattu suorasanaisesti suurimpaan osaan kysymyksistä ja vaatimuksista, joita lain-säädäntö järjestämissuunnitelmalla odottaa. Suunnitelma jakautuu johdannon lisäksi kahdeksaan käsittely-kappaleeseen, joissa kuvataan palveluiden nykytilaa ja asetetaan tahtotila, jossa on kuvattu kiteytetysti tulevaisuuden suunnitelmia kunkin palvelun osalta. Suunnitelman pituutta selittää osaltaan se, että suunnitelman sivulla on esitetty paljon väestöön ja palveluiden käyttöön liittyviä kuvaajia.

Kuntien yhteistyötä löytyy suunnitelman sivuilta suorasta ja epäsuorasti. Selkeästi yhteistyö on otettu esille suunnitelman tiivistelmässä, jossa kerrotaan, että alueella pyritään löytämään maakunnallinen yhteinen toimintamalli kansansairauksien hoitoon (s. 6). Muita selkeitä kuntien yhteistyötä kuvaavia yhteistoiminnan alueita ovat henkilöstön rekrytointi (s. 87) ja yhteistyö erityistilanteisiin varautumisessa (s. 80). Asiaa on käsitelty myös kappaleessa *Perusterveydenhuollon yhteistyö* sivulla 46.

Terveiden ja hyvinvoinnin edistämistä on käsitelty laajasti Keski-Pohjanmaan järjestämissuunnitelmassa. Asiaa on käsitelty monesta eri näkökulmasta: kuntien tehtävien, perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, työterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon näkökulmasta. Keski-Pohjanmaa on ottanut HiAP-ajattelua terveyden edistämiseen:

”Terveiden edistäminen olisi hyväksyttävä kunta- ja kuntapolitiikan toimintalinjaksi, jossa terveystavoitteet otetaan huomioon kaikissa toiminnoissa, kaikilla toimialoilla” (Keski-Pohjanmaa, 6).

Terveiden edistämisen konkreettisia keinoja on suunnitelmassa lukuisia. Suunnitelmassa mainitaan, että alueen kunnat ovat allekirjoittaneet maakunnallisen hyvinvointisopimuksen ja ovat sitoutuneet sopimuksen tavoitteiden toteuttamiseen (s. 31). Yksi keino on Hyvinvoinnin edistämisen johtaminen ja seuranta Keski-Pohjanmaalla sekä Kruunupyyn kunnassa-hanke eli Terps2, jonka keskiössä on sähköisen hyvinvointikertomuksen laajempi käyttö. Samaisen hankkeen avulla aiotaan kouluttaa luottamushenkilöitä päätösten ennakkoarviointiin EVA-menetelmän avulla. (Keski-Pohjanmaa, 31).

Suunnitelmassa on kirjattu sivulla 32 useita konkreettisia tavoitteita terveyden edistämiseksi ja myös painopisteet on kirjattu:

”Ehkäisevän toiminnan painoalueena ovat kansansairauksien ehkäisy (mm. diabetes, valtimosairaudet, mielenterveyden häiriöt) erityisesti lihavuuteen, liikkumattomuuteen, tupakointiin ja alkoholin liikakäyttöön varhaisella puuttumisella” (Keski-Pohjanmaa, 32).

Terveidenhuollon palveluiden järjestäminen on käsitelty kappaleessa 4. Palveluita on käsitelty tarkasti, esimerkiksi ei-kiireellisten perusterveydenhuollon avosairaanhoidon palveluiden järjestämistä on tarkasteltu prosessitasolla yhteydensaannista aina toimijoiden yhteistyöhön asti. Suunnitelmasta käy ilmi hyvinkin tarkat tiedot mm. lääkäreiden lukumääristä ja ostopalveluiden käytöstä. (Keski-Pohjanmaa, 46-48).

Päivystyspalvelut on käsitelty osana palveluiden järjestämistä kappaleessa 4. Yhteistyötä löytyy päivystyksen osalta runsaasti:

”Kokkolan terveystieteiden keskuksella ja yhteispäivystyksellä on meneillään yhteistyöhanke, jonka tavoitteena on käynnistää 2.1.2014 päiväaikainen päivystys yhteispäivystyksessä. Potilaiden ohjaaminen keskitettyyn päivystykseen tapahtuu pääasiassa vastaanottajan tiimeissä, joissa toteutettavan hoidon tarpeen arvion pe-

rusteella potilaita voidaan ohjata suoraan myös erikoissairaanhoidon päivystykseen” (Keski-Pohjanmaa, 50).

Päivystyksessä on huomioitu suunnitelmassa myös suun terveydenhuollon päivystys, apteekkipäivystys (tosin ei virka-ajan ulkopuolista päivystystä sairaala-apteekin lisäksi), sosiaalipäivystys ja ensihoito. Suunnitelmassa on kiinnitetty myös huomiota keväällä 2014 voimaan astuvaan uuteen päivystysasetukseen.

Kuvantamispalveluita on käsitelty kappaleessa 4.10.2 *Radiologia ja kuvantamispalvelut*. Kappaleessa on noin sivun mittainen nykytilan ja lähihistorian kuvaus kuvantamispalveluiden osalta, jota seuraa tavoitteita-osio:

”Yhteistyön syentyessä toimijoiden välillä on tähdittävä tietojärjestelmien yhteensopivuuteen, kuva-arkisto on jo yhteinen kaikkien toimijoiden kesken” ja

”Kuntien ja sairaanhoitopiirin on Keski-Pohjanmaalla sovittava radiologian toiminnasta siten, että se muodostaa tulevaisuudessa toiminnallisen kokonaisuuden” (Keski-Pohjanmaa, 76).

Kuntoutuspalveluita käsitellään laajasti suunnitelmassa. Lääkinnällisen kuntoutuksen lisäksi tietoa löytyy kuntoutustutkimuksesta ja apuvälinepalveluiden kehittämisestä. Nykytilaa kuvataan näin:

”Keski-Pohjanmaalla lääkinnällisen kuntoutuksen palveluiden järjestäminen on hajautettu. Palvelukokonaisuuden koordinoimiseksi ja kehittämiseksi on sairaanhoitopiirin alueelle perustettu lääkinnällisen kuntoutuksen työryhmä vuoden 2012 alussa” (Keski-Pohjanmaa, 65).

Kuntoutuksen osalta järjestämissuunnitelma sisältää yksityiskohtaista tietoa myös henkilöstön lukumäärästä ja kuntoutuksen ostoihin käytetyistä rahoista. Visiot ja tavoitteet -osiossa tietoja vedetään yhteen:

”Tulevaisuudessa kuntoutuspalveluiden kehittämisen edellytyksenä on asiakaslähtöinen palveluiden järjestäminen resursseja joustavasti ja tehokkaasti käyttäen organisaatorajoista välittämättä” (Keski-Pohjanmaa, 68).

Keski-Pohjanmaan suunnitelmassa vastataan suoraan omalla kappaleellaan siihen miten yhteistyötä tehdään ja aiotaan tehdä perusterveydenhuollossa. Tähän kysymykseen ei monissa suunnitelmissa ole suoraan vastattu. Tällä kertaa vastaus on suora ja napakka:

”Toimijoita yhdistää myös virka-ajan ulkopuolinen perusterveydenhuollon lääkäripäivystys, joka toteutetaan yhteispäivystyksessä Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa. Keski-Pohjanmaalla on myös luotu yhteinen hoidon kiireellisyysluokitus (triage). Organisaatiot käyttävät Effica- potilastietojärjestelmää ja tietojen katselu saman rekisterinpitäjän ominaisuudessa yli organisaatorajojen onnistuu aluekatselu- ominaisuuden avulla ja organisaatioilla on yhteinen kuva-arkisto. Perusterveydenhuollon akuuttivuodeosastopalveluissa, kuntoutuksessa sekä sosiaalipäivystyksen järjestämisessä tehdään myös yhteistyötä” (Keski-Pohjanmaa, 46).

Myös yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa on kirjattu selkeästi omaan kappaleeseen, vaikka erilaisia yhteistyön muotoja voi löytyä myös kappaleen ulkopuolelta. Sivulla 49 on kirjattu tavoitetila perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyössä. Kappaleessa on kuvattu muutama tapa vahvistaa yhteistyötä:

”Yhteistyötä potilaan hoidossa kehitetään erikoissairaanhoidon konsultaatiomahdollisuuksia monipuolistamalla ilman hoitovastuun siirtymistä erikoissairaanhoidolle” (Keski-Pohjanmaa, 49) ja

”Perusterveydenhuollon lääkäreille suunnitellaan annettavaksi rajattu oikeus tilata erikoissairaanhoidon tason kuvantamistutkimuksia (esim. tietokonekerroskuvaus, ultraäänitutkimukset) ennalta sovittujen kriteereiden tai erikoislääkärin konsultaation perusteella” (Keski-Pohjanmaa, 49).

Kappaleessa 9. *Yhteistyö muiden toimijoiden kanssa* käsitellään yhteistyötä sosiaalityön kanssa, kappaleessa yhteistyötä kuvataan sosiaalitoimen kanssa myös laajemmin:

”Sosiaali- ja terveystoimella on paljon yhteistä rajapintaa. Sosiaalityöllä sosiaali- ja terveystoimen välillä on pitkä yhteistyöhistoria. Potilaskohtaista yhteistyötä tapahtuu paljon. Terveystoimessa potilas saa tarvittaessa ohjauksen kunnan palvelujen piiriin, ilmoituksia erilaisista sosiaalipalvelutarpeista tai lastensuojelutarpeesta tehdään usein ja hoito- ja kuntoutusneuvotteluihin kutsutaan kunnassa asiaa hoitava työntekijä” (Keski-Pohjanmaa, 89).

Lääkehuoltopalvelut on käsitelty kappaleessa 4.10.3. Kappaleessa kuvataan erilaisia yhteistyön ja palveluiden järjestämisen muotoja, sairaala-apteekin toimintaa on kuvattu tarkasti. Uusia työtapoja kuvataan kappaleessa näin:

”Aptekeissa yleistyvät uudet palvelut, mm. koneellinen annosjakelu, lääkehoidon kokonaisarviointipalvelut ja yhteistyössä terveydenhuollon kanssa järjestettävät mittaukset ja testit, joita käytetään lääkehoidon seurannassa, terveyden edistämisessä ja kansansairauksien seulonnassa” (Keski-Pohjanmaa, 76).

Yhteistyölle muiden toimijoiden kanssa on varattu oma kappaleensa, joka järjestämissuunnitelman viimeinen kappale. Yhteistyökumppaneiksi on mainittu sosiaalityö, vammaispalvelut, yksityisen sektorin toimijat, järjestöt, KELA ja ELY-keskus. Yhteistyötä on kaavailtu suunnitelmassa peräti kolmen sivun verran. Laajan yhteistyökuvauksen jälkeen asia kiteytetään visioon:

”Hyödynnetään alueella toimivien hankkeiden verkostotyön tuloksia yhteistyörakenteitten luomiseksi ja parantamiseksi” (Keski-Pohjanmaa, 92).

Perusterveydenhuollon palvelutarpeen arviointia varten järjestämissuunnitelmassa otetaan esille eri tason hyvinvointikertomukset. Laaja hyvinvointikertomus tehdään kerran valtuustokaudessa ja hyvinvointikertomus kerran vuodessa (Keski-Pohjanmaa, 26). Suunnitelmassa kerrotaan, että alueella ei ole systemaattisesti arvioitu kuntakohtaista palvelutarpeen kehitystä ja sähköinen hyvinvointikertomus otetaan käyttöön vuoden 2013 aikana (Keski-Pohjanmaa, 13). Suunnitelman kappaleessa 2. *Toimintaympäristö* kuvataan laajasti perusterveydenhuollon palveluiden käyttöä lukuisten eri indikaattoreiden kautta, näitä ovat mm. Sairastavuus-indeksi ja Kansantauti-indeksi. Tosiasiat otetaan rohkeasti esille suunnitelmassa:

”Kansantauti-indeksin perusteella arvioituna pääosin perusterveydenhuollon vastuulla oleva ennalta ehkäisevä työ kansantautien osalta on epäonnistunut. Jatkossa riittävien resurssien turvaaminen tähän työhön on välttämätöntä” (Keski-Pohjanmaa, 19).

Erikoisaloittaista palvelujen tarvetta valotetaan sekä eri ikäryhmien palvelutarpeiden kautta että eri sairauksien kautta. Ikäryhmistä huomioon on otettu lasten ja nuorten terveys, jota on tarkasteltu kouluterveyskyselyn valossa. Ikääntyvien terveyttä ja hyvinvointia on taas tarkasteltu kotona asuvien osuuksilla 75 vuotta täyttäneistä ja mitkä ovat laitoshoidossa, tehostetun palveluasumisen piirissä tai säännöllisen kotihoidon piirissä olevien osuudet (Keski-Pohjanmaa, 20-23). Sairauskohtaisista indikaattoreista suunnitelma antaa tietoa psykiatrian avohoitokäyntien, psykiatrian laitoshoitopäivien ja somaattisten erikoissairaanhoidon käyntien osalta.

Perusterveydenhuollon palvelutarpeeseen vastaamisesta suunnitelma esittelee useita tapoja. Ensimmäinen löytyy johdannosta sivulta 6, missä kerrotaan hoitoon pääsyn kriteerien yhtenäistämisestä. Suunnitelman

mukaan alueella on tehty tai ollaan tekemässä palvelurakenteen muutoksia, joilla pyritään viemään ikään-tyneiden ihmisten hoidon painopistettä laitoshoidosta kotihoitoon (s. 22) ja vuodeosastopalveluiden tavoite-tilaksi on määritelty ”yhteinen toiminnanohjaus vuodeosastokapasiteetin käytön optimoimiseksi” ja ”maa-kunnallinen vuodeosastoresurssien yhteiskäyttö” (s. 59). Terveyskioski on nostettu suunnitelmassa yhdeksi uudenlaiseksi tavaksi vastata perusterveydenhuollon tarpeisiin (Keski-Pohjanmaa, 36) ja uudet sähköiset palvelumuodot on otettu esille:

”Tavoitteena on kehittää uusia sähköisiä palvelumuotoja monipuolistamaan perusterveydenhuollon palve-luvalikoimaa (Omahoito)” (Keski-Pohjanmaa, 48).

Työterveyshuoltoon on paneuduttu terveydenhuoltolain 3 § 2:ssa mainituista palveluista. Kappaleessa on kuvattu kunnallisen työterveyshuollon järjestäminen ja lopusta löytyy hyviä suunnitelmia yhteistyön syven-tämiseksi:

”Käytännössä kansanterveystyön ja työterveyshuollon tiivis integraatio sekä resurssien tarkoituksenmukai-nen keskinäinen jako olisi toiminnallisesti välttämätöntä. Tiiviillä yhteistyöllä ja saumattomilla tietojärjes-telmäratkaisilla olisi mahdollista välttää turhia kustannuksia aiheuttavia päällekkäisiä tutkimuksia ja pa-rantaa potilasturvallisuutta sekä lyhentää hoitoviiveitä” ja

”Näin ollen työterveyshuolto olisi kannattavaa ottaa tiiviiseen yhteistyöhön alueellisia hoitoketjuja sekä toimintakäytänteitä luotaessa” (Keski-Pohjanmaa, 74).

Perusterveydenhuollon kehittäminen on Keski-Pohjanmaan suunnitelmassa esitelty melko kevyesti, tosin kehittämistoiminnan sisään mahtuu monenlaisia kehittämiseen liittyviä asioita. Kappale 7 on varattu perus-terveydenhuollon kehittämiselle. Kappaleessa ei kuitenkaan juuri kerrota, miten perusterveydenhuoltoa aiotaan kehittää vaan kappaleessa kerrotaan, että alueelle ollaan perustamassa perusterveydenhuollon kehittä-misyksikköä, jolle ei kuitenkaan ole pystytty osoittamaan määrärahoja (Keski-Pohjanmaa, 84). Kappa-leessa kuvataan myös perusterveydenhuollon yksikön tehtävät ja vastuut.

Laadunhallinta ja potilasturvallisuus on käsitelty omassa kappaleessa 6. *Potilasturvallisuus ja laadunhallin-ta*, Laadunhallinnan työkaluksi kappaleessa mainitaan SHQS-laatuohjelma ja sen arviointikriteeristö. Laa-dunhallinnasta ja sen suunnittelusta kirjoitetaan, että:

”Yhteinen laatupolitiikka ja laadunhallinnan strategia ja toimenpideohjelma mahdollistavat yhteisten arvi-oointikäytäntöjen ja mittari laatimisen johtamis- ja palvelujärjestelmille” (Keski-Pohjanmaa, 82).

Potilasturvallisuus on esitetty suunnitelmassa tehokkaasti puolen sivun kappaleessa ja työkaluiksi maini-taan HaiPro -vaaratapahtumien raportointijärjestelmä, potilasvahinkoilmoitukset, kantelut ja erilaiset ilmoi-tukset sekä kyselyt ja kartoitukset (Keski-Pohjanmaa, 82). Jatkossa suunnitelman mukaan alueella aiotaan kehittää potilasturvallisuuskulttuuria esimerkiksi verkkokoulutuksen avulla (Keski-Pohjanmaa, 82-83).

Hoitoketjuille ei ole suunnitelmassa omaa kokoavaa osiotaan, vaan suunnitelmassa on viittauksia erilaisiin hoitoketjuihin palveluiden tai yhteistyön yhteydessä. Yksi maininta on työterveyshuollon osalta, joka on mainittu tässä yhteenvedossa aiemmin (suunnitelmassa s. 74). Vuodeosastoresurssien yhteiskäytön yhtey-dessä on mainittu AVH-hoitoketju (s. 59) ja kuntoutustyön kehittämisessä kuntoutustyöntekijät voisivat osallistua enemmän hoitoketjutyöhön (s. 68). Vastuuta hoitoketjutyöstä on annettu perusterveydenhuollon yksikölle (Keski-Pohjanmaa, 85).

Kokonaisuutena Keski-Pohjanmaan suunnitelma on laaja ja monessa asiassa tarkka, mutta jättää muutamien palveluiden osalta kysymyksiä ilmaan, näitä ovat perusterveydenhuollon kehittäminen ja hoitoketjut. Terveiden edistäminen ja erilaiset yhteistyön muodot on käsitelty laajasti suunnitelmassa.

Taulukko 20. Keski-Pohjanmaan yhteenvedotaulukko.

	Asia on käsitelty suunnitelmassa niukasti	Asia on käsitelty suunnitelmassa lain ja asetuksen edellyttämällä tavalla	Asia on käsitelty suunnitelmassa laajasti
Sovittu kuntien yhteistyöstä		x	
Sovittu terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuuta-hoista			x
Sovittu terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä			x
Sovittu päivystyspalveluista			x
Sovittu kuvantamispalveluista		x	
Sovittu lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon kanssa			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä erikois-sairaanhoidon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä sosiaali-huollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä lääke-huollon kanssa.			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa			x
Sovittu miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella			x
Sovittu miten erikoisaloittaista palvelujen tarvetta ja näihin vaikuttavia tekijöitä arvioidaan alueella			x
Sovittu miten sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella vastataan väestön perusterveydenhuollon tarpeeseen			x
Sovittu terveydenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa tarkoitettujen perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä		x	
Sovittu yhteistyöstä perusterveydenhuollon kehittämisessä		x	
Sovittu yhteistyöstä laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta alueella			x
Sovittu miten hoitoketjut tai alueelliset hoitosuunnitelmat laaditaan yhteistyössä ja miten niiden toteutumista seurataan		x	

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2013-2016 – Lapin sairaanhoitopiirin alueen jäsenkunnat

Muutamassa järjestämissuunnitelmassa kuntien välinen yhteistyö on painotettu jollekin tietylle alueelle, jolla on erityiset tavoitteet. Lapissa painopistealueita on useita, joista keskeisimmät sosiaalitoimen osalta liittyvät ikäihmisten palveluihin, mielenterveys- ja päihdepalveluihin sekä kuntoutukseen (Lappi, 6). Muita painopistealueita ovat peruspalveluiden ja erityispalveluiden yhteistyön lisääminen, asiakastiedon saatavuuden parantaminen sekä tukipalveluiden kehittäminen (Lappi, 6-7). Kuntien välinen yhteistyö on kehityksessä tulevaisuudessa suunnitelman mukaan näin:

”Vuonna 2017 sosiaalipalvelut, perusterveydenhuolto sekä erikoissairaanhoito muodostavat yhteisen palvelukokonaisuuden” ja

”Vuosien 2013-2016 aikana sovitaan sosiaali- ja terveystalverveluverkosta siten, että lähipalvelut säilyvät ja että sovitaan yhteistyössä seudullisesti ja keskitetysti tuotettavista palveluista sekä saamenkielisten palveluiden tuottamisesta” (Lappi, 6).

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi omistettu ensimmäinen kappale on niukkasanainen:

”Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteista, vastuutahoista ja alueellisesta koordinaatiosta sovitaan vuoden 2013 aikana. Sähköinen hyvinvointikertomus otetaan käyttöön kaikissa kunnissa” (Lappi, 8).

Myöhemmin vastuu kirjataan PTH-yksikölle:

”Terveyden edistämisen koordinointi siirtyy vuoden 2014 alusta Lapin shp:n perusterveydenhuollon yksikön vastuulle” (Lappi, 18).

Palveluiden järjestäminen on jaoteltu usean alaotsikon alle Lapin suunnitelmassa, ensimmäisen kappaleen alussa palveluista todetaan yleisellä tasolla, että:

”Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut järjestetään tällä hetkellä kattavasti kaikissa Lapin sairaanhoitopiirin kunnissa” (Lappi, 8).

Varsinaisesti näissä kappaleissa ei syvällisemmin mennä siihen, miten palvelut ovat itse asiassa Lapissa järjestetty, mutta suunnitelman liitteistä löytyy erittäin kattava nykytilan kuvaus vuodelta 2011. Suunnitelman kappaleissa on keskitytty kuvaamaan vastuita tulevissa kehittämishankkeissa, mikä palvelee lukijaa hyvin ottaen huomioon suunnitelman liitteeseen olevat tiedot. Myös kappaleessa 5.1 *Yhteinen tapa valmistella ja sopia sote-palveluista* on käsitelty palveluita järjestämisen näkökulmasta tarkemmin. Myös johdannossa on annettu tietoa tähän asiaan liittyen.

Päivystyspalveluista sopiminen on käyty läpi kappaleessa 3.2 *Päivystys ja ensihoito*. Perustiedot päivystyksestä on avattu ja kappaleessa kirjataan tavoitteeksi:

”Eri päivystyspalveluita ja ensihoitoa suunnitellaan kokonaisuutena” (Lappi, 9).

Toimenpiteenä tavoitteen saavuttamiseksi on asiantuntijaryhmän perustaminen:

”Perustetaan vuonna 2013 alueellinen asiantuntijaryhmä, jonka tavoitteena on kaikkien päivystyspalveluiden ja ensihoidon suunnittelu” (Lappi, 9).

Myös päivystyksen osalta suunnitelman liitteistä löytyy huomattavan tarkka nykytilan kuvaus, ja itse suunnitelman osiot keskittyvät kehittämisen vastuisiin ja yhteistyöhön.

Kuvantamispalveluiden käsittely on Lapin varsinaisessa järjestämissuunnitelmassa niukkaa, mutta kuvantamispalveluiden tilanne vuodelta 2011 on selvitetty liitteessä 2 mittavasti. Samaa voidaan todeta lääkehuollon yhteistyön osalta. Varsinainen suunnitelma toteaa tukipalveluiden osalta seuraavaa:

”Suunnitelmakaudella selvitetään ja toteutetaan logistiikan, hankintojen, laboratorio- ja kuvantamispalveluiden, lääkehuollon ja muiden tarpeellisten tukipalveluiden osalta yhteistä tuottamista” (Lappi, 12).

Lääkinnällinen kuntoutus on käyty läpi nostaen myös haasteita esille. Kuntoutuksen tavoitteeksi on kirjattu lause:

”Kuntoutuksen palvelukokonaisuutta selkiytetään ja eri toimijoiden tehtävät ja roolit määritellään” (Lappi, 10).

Toimenpiteeksi esitetään myös kuntoutuksen osalta asiantuntijaryhmän perustamista.

Perusterveydenhuollon yhteistyö on haasteellista yrittää nostaa esille suunnitelmasta erillisenä yhteistyön osa-alueena, sillä suunnitelmassa painotetaan vahvasti yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Vastuuta tästä annetaan perusterveydenhuollon yksikölle:

”Perusterveydenhuollon yksikön tehtäväksi on määritelty perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä soveltuvien osien sosiaalitoimen yhteensovittaminen” (Lappi, 4).

Asiasta jatketaan, että:

”Perusterveydenhuollon yksikön ohjausryhmä on keskeinen eri toimijoiden foorumi, jossa sovitaan sosiaali- ja terveystalouden liittyvästä yhteistyöstä ja toimenpiteistä järjestämissuunnitelman periaatteiden mukaisesti” (Lappi, 14-15).

Tarkemmasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa on kuitenkin joitain mainintoja, kuten:

”Peruspalveluiden ja erityispalveluiden (erikoissairaanhoidon, muu erityisosaaminen) yhteistyötä lisätään konsultaatiokäytäntöjä ja etäpalveluita kehittämällä sekä osaajien jalkauttamista lisäämällä. Tavoitteena on vahvistaa peruspalveluiden osaamista ja vastuuta asiakkaiden hoidossa ja tukemisessa” (Lappi, 7).

Yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa Lapin suunnitelma toteaa melko ympäröiväisesti:

”Perusterveydenhuollon yksikkö tekee yhteistyötä kaikkien alueen sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä, tuottamisesta ja kehittämisestä vastaavien organisaatioiden kanssa sekä yksityisten ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa” (Lappi, 17).

Kehittämissuhteiden osalta asia on kuvattu hieman tarkemmin:

”Julkisen sektorin toimintaa täydennetään yksityisen ja kolmannen sektorin palveluilla ja asiantuntemuksella. Järjestöt tuovat asiakasnäkökulmaa ja muuta asiantuntemusta sote-palveluiden kehittämiseen ja arviointiin” (Lappi, 16).

Perusterveydenhuollon palvelujen tarve nostetaan esille Lapin järjestämissuunnitelmassa heti alusta lähtien. Kaksi asiaa nousee erityiseen huomioon heti johdannossa: Ikäihmisten osuuden kasvu Lapin sairaanhoitopiirin alueella sekä alueen keskimääräistä korkeampi sairastavuus (Lappi, 4). Indikaattoreita ei Lapin varsinaisen suunnitelman sivuilla mainita, mutta myös tässä asiassa liitteistä löytyy paljon tietoa. Liitteissä mainittuja indikaattoreita ovat mm. Tilastokeskuksen väestöennusteet, THL:n sairastavuusindeksi ja Sotkanetin Kelan lääkkeiden erityiskorvattavuuden määrään perustuva vakioimaton summaindeksi. (Lappi, Liite 1, 1-9). Erikoisaloista ja erityisryhmistä palvelutarpeen arvioinnin kannalta keskiössä ovat lapset, nuoret ja lapsiperheet ja erityisesti ikäihmiset (Lappi, Liite 1, 1-9).

Väestön perusterveydenhuollon palvelutarpeeseen pyritään vastaamaan ainakin vastuuttamalla kuntalaisia omasta terveydestään:

”Palvelut pohjautuvat asiakkaiden tarpeisiin ja he osallistuvat niiden suunnitteluun. Tavoitteena on tukea kuntalaisten omaa vastuunottoa sekä lisätä hyvinvointia ja tasa-arvoa” (Lappi, 6).

Lapin suunnitelman vastuualueiden vahvistamisella pyritään myös vastaamaan perusterveydenhuollon tarpeisiin, erityisesti vahvistamalla lähipalveluita:

”Erityisosaajien konsultointi tehdään sujuvammaksi siten, että se tukee lähipalveluita” (Lappi, 8).

Perusterveydenhuollon palvelut on kuvattu kattavasti liitteissä kaikkien terveydenhuoltolain 3 § 2:ssa olevien palveluiden osalta, itse suunnitelmassa niistä ei ole juurikaan tarkempia mainintoja elleivät ne ole päällekkäisiä jonkin muun terveydenhuoltolaissa mainitun palvelun osalta.

Perusterveydenhuollon kehittäminen otetaan huomioon Lapin järjestämissuunnitelmassa perusterveydenhuollon yksikön tehtäviä koskevassa osiossa:

”Perusterveydenhuollon yksikkö antaa asiantuntemusta ja sovittaa yhteen alueellaan perusterveydenhuollossa tehtävää tutkimusta, kehittämistä... (Lappi, 17) sekä

”Terveystieteiden järjestämissuunnitelmassa sovitut perusterveydenhuollon yksikön tehtävät ovat: [...] kehittämishankkeiden suunnitteluun ja toteutukseen osallistuminen sekä sovittujen hankkeiden koordinoiminen” (Lappi, 17-18).

Myös kappale 5.3 *Kehittämisyhteistyö* kuvaa yhteistyötä perusterveydenhuollon kehittämisessä:

”Perusterveydenhuollon yksikkö sekä Posken, erikoissairaanhoidon ja kuntien sote-palveluiden kehittämisestä vastaavat henkilöt muodostavat kehittäjätiimin, joka yhteen sovittaa kehittämistyötä ja koordinoi alueellisia hankkeita” (Lappi, 16).

Potilasturvallisuuden osalta suunnitelmassa todetaan, että:

”Potilasturvallisuudesta laaditaan yhtenäinen suunnitelma koko alueelle. Edistetään HaiPro työkalun käyttöä koko alueella...” (Lappi, 16)

Potilasturvallisuus nähdään myös haasteena tietohallinnon nykytilan osalta:

Tiedon kulku ja tietojen käyttö eri järjestelmien välillä on tällä hetkellä vähäistä. Potilasturvallisuus saattaa vaarantua, kun kaikki tarpeellinen tieto ei ole käytettävissä (Lappi, 13).

Muita varsinaisesti potilasturvallisuuteen liittyviä mainintoja suunnitelmassa ei ole. Laadunhallinnan osalta Lapissa on aiottu toteuttaa osaamistarveselvitys jokaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiossa, mikä olisi suunnitelman mukaan toteutunut vuoden 2013 aikana. Alueellisesta koulutuksesta kirjoitetaan, että:

”Osaaminen ja alueelliset koulutustarpeet tulee selvittää sekä järjestää täydennyskoulutuksia todelliseen koulutustarpeeseen pohjautuen” (Lappi, 19).

Kehittämissyhteistyö-kappaleessa laadunhallinnan toteuttamisesta mainitaan, että:

”Laadunhallintaa toteutetaan yhteistyössä eri organisaatioiden kesken. Mm. tietosuojaan liittyvät yhtenäiset käytännöt” (Lappi, 16).

Hoito- ja palveluketjut saavat hieman enemmän huomiota osakseen kuin potilasturvallisuus. Suunnitelman painopisteitä kuvaavassa kappaleessa on lause:

”Asiakaslähtöisillä palveluketjuilla sovitaan yhteisistä käytännöistä ja työnjaosta eri toimijoiden kesken” (Lappi, 8).

Ikäihmiset ovat yhtenä painopistealueena ja heidän osaltaan palveluketjutyöhön aiotaan kiinnittää enemmän huomiota:

”Kehittämishankkeissa tai muuten tehdään ja jalkautetaan alueellinen muistipalveluketju peruspalveluista erikoissairaanhoidon” (Lappi, 10).

Palveluketjuille on varattu suunnitelman loppupuolella myös oma kappale 5.2 *Alueelliset palveluketjut*. Kappaleessa tunnustetaan se haaste johon palveluketjuilla pyritään vastaamaan: palveluprosessien katkeaminen organisaatioiden rajapinnassa. Yhteistyötä Lapissa palveluketjujen osalta on jo olemassa. Toimenpiteitä Lapin varsinaisessa suunnitelma-asiakirjassa kuvataan näin:

”Perustetaan vuonna 2013 palveluketjuraati, joka asiantuntijatyöryhmänä ohjaa palveluketjutyötä sekä toimii raatina arvioimassa erilaisten suunnitteilla olevien muutosten vaikutusta palveluketjuihin ja eri toimijoiden väliseen yhteistyöhön ja resursseihin” (Lappi, 16).

Lapin suunnitelmassa palveluketjut on käyty läpi ansiokkaasti ja tämän lisäksi liitteistä löytyy mainio neljän sivun palveluketjutyötä ja sen periaatteita kuvaava kokonaisuus.

Kokonaisuutena Lapin järjestämissuunnitelma on hyvä ja napakka kokonaisuus, mutta monet tärkeät tiedot, jotka voisivat olla yhteen vedettynä, löytyvät vasta suunnitelman liitteistä. Jokaisen kokonaisuuden kohdalla Lapin suunnitelmassa on kirjattu tavoitteet ja toimenpiteet näiden saavuttamiseksi, mikä on lukijan kannalta selkeä tapa esittää tietoa siitä, mitä suunnitelmakaudella käytännössä aiotaan asioiden suhteen tehdä.

Taulukko 21. Lapin yhteenvetotaulukko.

	Asia on käsitelty suunnitelmassa niukasti	Asia on käsitelty suunnitelmassa lain ja asetuksen edellyttämällä tavalla	Asia on käsitelty suunnitelmassa laajasti
Sovittu kuntien yhteistyöstä			x
Sovittu terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuuta-hoista		x	
Sovittu terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä			x
Sovittu päivystyspalveluista			x
Sovittu kuvantamispalveluista		x	
Sovittu lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä erikois-sairaanhoidon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä sosiaali-huollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä lääke-huollon kanssa.		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa		x	
Sovittu miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella		x	
Sovittu miten erikoisaloittaista palvelujen tarvetta ja näihin vaikuttavia tekijöitä arvioidaan alueella		x	
Sovittu miten sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella vastataan väestön perusterveydenhuollon tarpeeseen			x
Sovittu terveydenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa tarkoitettujen perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä		x	
Sovittu yhteistyöstä perusterveydenhuollon kehittämisessä		x	
Sovittu yhteistyöstä laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta alueella		x	
Sovittu miten hoitoketjut tai alueelliset hoitosuunnitelmat laaditaan yhteistyössä ja miten niiden toteutumista seurataan			x

Länsi-Pohja – Kuntien terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma vuosille 2013-2016

Länsi-Pohjan alueen kuntien terveydenhuollonpalvelujen järjestämissuunnitelma on 39 sivua pitkä, jota seuraa aiheeseen liittyviä taulukoita. Suunnitelma jakautuu kahdeksaan käsittelykappaleeseen, joissa jokaisessa on lopussa ajatuksia yhteen vetävä taulukko, joka jakautuu kehittämistarpeisiin, toimenpiteisiin sekä vastuutahoihin ja aikatauluun. Tämä on hyvä tapa esittää selkeästi, kuka on suunnitelman mukaan vastuussa mistäkin ja minkä toimenpiteiden avulla.

Kuntien yhteistyötä käsitellään läpi suunnitelman, mutta vahvin osoitus yhteistyöstä liittyy kuntien vastuulla olevaan sairaanhoitoon. Kappaleessa käydään eri palveluiden osalta kuntien yhteistyötä läpi ja nostetaan yksittäisiä toimia esille, joihin kuntien tulee yhteistyössä vastata. Näitä ovat esimerkiksi asiakkaiden valinnanvapaudesta nouseviin kysymyksiin vastaaminen ja liikkuvien palveluiden kehittäminen (Länsi-Pohja, 22).

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä on sovittu suunnitelman kolmannessa kappaleessa. Asia ja vastuut on esitetty suunnitelmassa selkeästi:

”Kunnat tekevät omat terveyden edistämisen suunnitelmansa itsenäisesti ja terveyden edistämisen johtoryhmä linjaa alueellisia painopistealueita. Yhteiseksi painopisteiksi johtoryhmä on asettanut; ylipaino ja painonhallinta, diabeteksen ehkäisy, päihde- ja mielenterveys, tupakoinnin vähentäminen, tuki- ja liikunta-elinsairauksien ehkäisy, lapsiperheiden hyvinvointi, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon vahvistaminen ja nuorten syrjäytymisen ehkäisy” (Länsi-Pohja, 8).

Kappaleen lopussa olevassa taulukossa on esitetty kiteytetysti kehittämistarpeiden, toimenpiteiden ja vastuutahojen lisäksi myös kehittämistarpeet, joille ei ole aikataulua sekä koulutustarpeet.

Terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä kerrotaan kappaleessa 2.2. Kappaleessa pohditaan tulevaisuudessa kunnille tulevia vastuuta ja muuttuvaa toimintaympäristöä. Kappaleessa nostetaan esille sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset kuntakohtaisesti sekä kuvataan pääpiirteittäin erilaiset osto- ja ulkoistusjärjestelyt kunnissa.

Päivystyspalveluita avataan kappaleessa 4.2.1 *Kiireellinen sairaanhoito, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystys*. Kappaleessa kuvataan rakentavasti niitä haasteita, jotka ovat ajankohtaisia päivystyksen järjestämisen kannalta. Kappale ottaa kantaa siihen, että jako päivystyksessä perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoitoon tulisi poistaa. Tavoitteeksi on kirjattu:

”Tavoitteena tulisi olla aito yhteispäivystys, jossa potilasta hoidetaan jatkuvan triage-arvion perusteella päivystyksen eri hoitolinjoissa (ensihoito, hoitajan vastaanotto, yleislääkäri, sairaalalääkäri)” (Länsi-Pohja, 23).

Mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipäivystys käsitellään toisessa kappaleessa, sivulla 18, mutta yllä mainitussa kappaleessa todetaan suunnitellun päivystyskeskuksen ja näiden osalta, että:

”Päivystyskeskuksen toimintamallin suunnittelussa tulee huomioida myös päihde-, mielenterveys- ja sosiaalipäivystys sekä suun terveydenhuollon päivystys” (Länsi-Pohja, 23)

Kuvantamispalveluita ja yhteistyötä käsitellään tukipalveluja kuvaavan kappaleen yhteydessä. Kappaleessa on hyvä katsaus terveystieteiden röntgenlaitteistoihin, niiden kuntoon ja henkilöstön määrään. Yhteistyötä myös kuvataan selkeästi. Kappaleen lopussa kehittämistarpeeksi kirjataan:

”Radiologin palveluiden saatavuuden turvaaminen alueella. Yhteinen radiologi voisi toimia myös säteilyn käytön vastaavana koko alueella” (Länsi-Pohja, 30).

Toimenpiteeksi ehdotetaan alueellista selvitystä kuvantamispalveluiden kokonaisuudesta (Länsi-Pohja, 30).

Lääkinnällinen kuntoutus ottaa hyvin kuntoutuksen kokonaisuuden käsittelyssään huomioon. Kappaleessa palveluiden järjestämistä, haasteita ja yhteistyötä peilataan kansalliseen lainsäädäntöön. Lopputuloksena on kehittämistarpeiden kirjo:

”Toimintatapojen muuttaminen. Asiakasnäkökulmasta katsottuna palvelujen saannissa ja toteutumisessa on epätasa-arvoisuutta: kriteerit, kuntoutussuunnitelmat, terveyshyötymalli, palveluohjaus” (Länsi-Pohja, 28).

Yhteistyöstä kuntoutuksen osalta kirjoitetaan, että:

”Yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa on tiivistettävä, sillä nyt yhteistyö vaihtelee kunnittain ja eri toimijatahojen mukaan saaminen on haastavaa” (Länsi-Pohja, 28).

Perusterveydenhuollon yhteistyö jää vaille suurempaa huomiota Länsi-Pohjan järjestämissuunnitelmassa, mikä on normaali tila, sillä yhteistyötä halutaan tehdä tiiviimmin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä sosiaalitoimen välillä. Länsi-Pohjan alueella on kuitenkin sovittu konkreettiset painopisteet terveyden edistämiseksi alueella ja näiden kautta yhteistyötä perusterveydenhuollossa voidaan tarkastella.

Yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä peräänkuulutetaan läpi suunnitelman. Avosairaanhoitoa käsittelevässä kappaleessa yhdeksi kehittämistarpeeksi kuvataan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön kehittäminen, toimenpiteiksi mainitaan lähetekäytännöistä sopiminen, hoitoketjujen päivittäminen ja erikoislääkäreiden jalkauttaminen. (Länsi-Pohja, 22) Yhteistyötä pohditaan suunnitelman muissa osioissa näiden kolmen toimenpiteen kautta.

Yksi yhteistyön muoto sosiaalihuollon kanssa on työttömien terveystarkastukset, joiden on nähty suunnitelman mukaan edistävien yhteistyötä perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja TE-hallinnon välillä (Länsi-Pohja, 15).

Avosairaanhoidon puolelta näkökulma on suuressa yhteisessä asiakasmäärässä:

”Avosairaanhoidon ja sosiaalitoimen välillä on runsas yhteisten asiakkaiden ryhmä: näillä asiakkailla on moninaisia palvelutarpeita ja he käyttävät runsaasti erilaisia palveluita päällekkäin. On tarve kehittää molemman puolen toimijoiden yhteistyötä esimerkiksi lausuntokäytännöissä, konsultoinnissa ja kriisitilanteiden hoidossa” (Länsi-Pohja, 22)

Lääkehuoltoa ja yhteistyötä käsitellään sivun verran kappaleessa 5.3. Kappaleesta saa hyvän kuvan miten palvelut ovat alueella järjestetty ja samalla haasteita on nostettu esille, esimerkiksi erilaiset käytännöt logistiikassa koetaan haastavaksi. Kappaleen lopussa kehittämistarpeeksi kuvataan lääkehoidon- ja huollon laadullinen kehittäminen alueella ja yhtenä toimenpiteenä on osastofarmasian kehittäminen (Länsi-Pohja, 31).

Yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa on vain yksittäisiä mainintoja. Yksityiset palveluntuottajat nähdään melko suppealla tavalla. Järjestöt mainitaan lääkinnällistä kuntoutusta käsittelevässä kappaleessa. Yhtenä yhteistyökumppanina on myös mainittu TE-hallinto. Suunnitelman lopun liiteosiossa mainitaan lukuisia yhteistyökumppaneita, joita on kuultu järjestämissuunnitelmatyössä (Länsi-Pohja, liitteet).

Kappaleessa 2.1 *Väestön palvelutarve ja siihen vaikuttavat tekijät* kuvataan niitä tietolähteitä, jotka vaikuttavat perusterveydenhuollon palveluiden järjestämiseen. Tiedot ja näkökulmat pohjautuvat kappaleessa Kelan kansanterveys sairauksien indeksiin. Edellisessä kappaleessa (2. *Toimintaympäristö*) on otettu tarkasteluun muita tietolähteitä esimerkiksi Sotkanetin ja Tilastokeskuksen tietoja. Länsi-Pohja jatkaa analyysia tästä selkeästi, sillä näitä kappaleita seuraa kappale nimeltä 2.4 *Palvelutarpeeseen pohjautuvat henkilöstötarpeen arvio*. (Länsi-Pohja, 3-7). Suunnitelman lopussa keskeiset tiedot on esitetty tilastoina tiiviissä muodossa.

Erikoisaloittaisen palvelutarpeen arvion suhteen tilastoissa on seurattu aikuisten mielenterveyden avohoitokäyntejä sekä päihdehuollon avopalveluiden asiakasmääriä (Länsi-Pohja, liitteet). Kappaleessa 2.1 erikoisaloittaisten palveluiden tarvetta nähdään erityisesti nuorten naisten ja nuorten lapsiperheiden tapauksissa (Länsi-Pohja, 4).

Ei ole yllättävää, että henkilöstön riittävyys on haaste myös Länsi-Pohjassa. Järjestämissuunnitelmassa esitetään muutamia uudenlaisia tapoja vastata palvelutarpeeseen perusterveydenhuollossa. Henkilöstön osalta suunnitelmassa todetaan, että alueella tarvitaan jatkossa enemmän sosiaali- ja terveystieteiden koulutusta ja moniosaamista (Länsi-Pohja, 6-7). Yhdessä keskeiseksi tavaksi nostetaan kotiin annettavien palveluiden kehittäminen ja tässä yhteydessä terveys- ja hyvinvointiauto Onni. Myös useita muita keinoja esitellään mm. sivun 27 yhteenvedotaulukossa.

Terveystieteidenhuoltolain 3 § 2:n kohdan palveluista kerrotaan kappaleen 3.2 *Perusterveydenhuollon tehtävät ennaltaehkäisevässä työssä* alakappaleissa. Näitä ovat seulonnat, neuvolapalvelut, kouluterveydenhuolto, opiskeluterveydenhuolto, työterveyshuolto, työttömien terveystarkastukset, iäkkäiden neuvontapalvelut sekä mielenterveys- ja päihdetyö. Jokainen näistä alakappaleista päättyy hyvän kaavan taulukkoon, josta löytyvät tiedot kehittämistarpeista, toimenpiteistä sekä vastuutahosta ja aikataulusta.

Perusterveydenhuollon kehittämistä käsitellään aivan suunnitelman lopussa kappaleessa 7. *Perusterveydenhuollon vahvistaminen ja kehittäminen*. Kehittämisen periaatteista suunnitelmaan on kirjoitettu näin:

”Muutos työyhteisössä voi tapahtua vain, jos kaikki siihen osallistuvat. Kehittämisen tulee kuulua kaikkien työntekijöiden työhön. Perusterveydenhuollon vahvistamiseksi tarvitaan terveyskeskusten moniammatillisen kehittämis- ja tutkimustoiminnan edellytysten vahvistamista ja kehittämiskulttuurin muutosta” (Länsi-Pohja, 37).

Laadunhallintaa ja potilasturvallisuutta on käsitelty kappaleessa 6. Nykytilaa asiassa Länsi-Pohjassa kuvataan näin:

”Kunnissa laatutyö ja laadunhallinnan kehittäminen on eri vaiheissa. Joissain kunnissa on laadittu palvelujen laatuksikirja, kuten Keminmaan röntgenissä ja Tervolan terveyskeskuksessa” (Länsi-Pohja, 35).

Laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden keskeiset työkalut ovat potilasturvallisuussuunnitelma ja HaiPro-ohjelma. Yleisistä periaatteista potilasturvallisuuden kehittämisessä kirjoitetaan:

”Potilasturvallisuuden perustana on organisaation ja sen työntekijöiden jatkuva kyky oppia ennakkoinnin ja palautejärjestelmän kautta havaituista riskeistä ns. ”oppiva organisaatio” (Länsi-Pohja, 36).

Suunnitelmassa myös kerrotaan alueen potilas- ja sosiaaliasiamiestoiminnasta.

Hoitoketjuissa Länsi-Pohjalla on vielä kehitettävää. Hoitoketjujen nykytilasta suunnitelmassa on mainittu, että:

”Nykyiset hoitoketjut ovat pääosin ”ylhäältä” annettuja, niissä ei ole huomioitu terveyskeskusten omien voimavarojen erilaisuutta ja hoitoketjuja ei ole juurrutettu käytäntöön” (Länsi-Pohja, 22).

Suunnitelmassa on yksittäisiä mainintoja hoitoketjuista eri palveluissa, mutta hoitoketjut nähdään perusterveydenhuollon kehittämistä käsittelevässä kappaleessa yhtenä hyvänä tapana kannustaa yhteistyöhön perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen välillä:

”Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen yhteistyön kehittämisessä on tärkeitä hoito-, palvelu-, ja kuntoutusketjujen kehittäminen yhteisillä rajapinnoilla” (Länsi-Pohja, 37)

Kokonaisuutena Länsi-Pohjan suunnitelma on selkeä esitys alueen terveydenhuollon palveluista ja yhteistyöstä. Suunnitelma on sopivan mittainen ottaen huomioon alueen koko ja suunnitelmassa on keskitytty kuvaamaan asiat, joita siinä tulee kuvata. Jokaisen kappaleen lopussa olevasta taulukosta saa nopeallakin tutustumisella hyvän kuvan alueen kehittämistarpeista ja toimenpiteistä, joilla näihin aiotaan vastata. Kehitettävää suunnitelmasta löytyy hoitoketjuista, kun taas terveyden edistäminen ja kansanterveystyö on kuvattu kiitettävästi. Erilaiset suunnitelmassa käytetyt tilastotiedot on esitetty toimivalla tavalla suunnitelman lopussa.

Taulukko 22. Länsi-Pohjan yhteenvetotaulukko.

	Asia on käsitelty suunnitelmassa niukasti	Asia on käsitelty suunnitelmassa lain ja asetuksen edellyttämällä tavalla	Asia on käsitelty suunnitelmassa laajasti
Sovittu kuntien yhteistyöstä		x	
Sovittu terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuutahoista			x
Sovittu terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä		x	
Sovittu päivystyspalveluista			x
Sovittu kuvantamispalveluista		x	
Sovittu lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista			x
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä erikoissairaanhoidon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä sosiaalihuollon kanssa		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä lääkehuollon kanssa.		x	
Sovittu tarvittavasta yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa		x	
Sovittu miten perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta seurataan alueella			x
Sovittu miten erikoisaloittaista palvelujen tarvetta ja näihin vaikuttavia tekijöitä arvioidaan alueella		x	
Sovittu miten sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella vastataan väestön perusterveydenhuollon tarpeeseen			x
Sovittu terveydenhuoltolain 3 § 2:n kohdassa tarkoitettujen perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä			x
Sovittu yhteistyöstä perusterveydenhuollon kehittämisessä		x	
Sovittu yhteistyöstä laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta alueella			x
Sovittu miten hoitoketjut tai alueelliset hoitosuunnitelmat laaditaan yhteistyössä ja miten niiden toteutumista seurataan		x	

Johtopäätökset

Kuntien yhteistyön muodot ovat kirjavia ja riippuvat alueen kuntien lukumäärästä ja aiemmasta yhteistyöstä. Järjestämissuunnitelmista kuntien yhteistyötä on haastavaa eritellä ja monet yhteistyön muodot jäävät varmasti suunnitelman sivuilta pois itsestäänselvyyksinä. Monet kunnat ovat kuitenkin löytäneet innovatiivisia yhteistyön muotoja ja näitä on koottu tähän tarkasteluun. Järjestämissuunnitelmista on luettavissa, että erilaiset kuntien väliset yhteistyöfoorumit ja työryhmät ovat suosittu tapa edistää kuntien välistä yhteistyötä. Näiden foorumeiden kautta uudet yhteistyön muodot löytyvät varmasti helpommin. Yhteistyön lisääminen ei ole itse tarkoitus, vaan yhteistyön tulee tuottaa terveyshyötyä kuntien ja alueiden palveluiden käyttäjille. Järjestämissuunnitelmista on myös luettavissa, että erilaiset hallinnolliset rakenteet halutaan ylittää ja yhteistyötä helpottaa niin horisontaalisesti kuin vertikaalisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukset tuovat varmasti selkeyttä tähän hallinnollisten rakenteiden keventyessä.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen näkyy suunnitelmissa usein alueena, johon vaikuttavat jo toimivat rakenteet ja käytännöt. Järjestämissuunnitelma summaa näitä käytäntöjä ja esittelee uusia tapoja vaikuttaa terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Terveys kaikissa politiikoissa-ajattelu (HiAP) näkyy usein suunnitelmissa. Järjestämissuunnitelmien kannalta terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen painopisteet saavat parempaa näkyvyyttä. Järjestämissuunnitelma on työkalu, jonka avulla alueen päättäjät ja asiasta kiinnostuneet kansalaiset saavat nopeasti kuvan alueen terveydenhuollon palveluista ja keskeisistä tavoitteista tulevaisuuden osalta. Painopisteiden eteen tehtävän työn tavoitteet, vastuutahot ja aikataulut on hyvä löytyä suunnitelmasta, sillä järjestämissuunnitelma on hyvä pohja, joka antaa yleistason tietoa asiasta. Järjestämissuunnitelma tukee kunnissa tehtävää terveyden edistämisen työtä rajoittumalla valtuuskaudella tehtävään työhön. Haasteena kuitenkin on suunnitelman ja siinä asetettujen tavoitteiden seuranta, kun valtuustokausi päättyy ja uusi järjestämissuunnitelmakausi alkaa. Vastuuta tässä asiassa onkin annettu perusterveydenhuollon yksiköille.

Terveydenhuollon palveluiden järjestämisen kuvaaminen järjestämissuunnitelmassa on tapa saada kuva kokonaisuudesta ja samaan aikaan saada pöydän ääreen henkilöt, jotka voivat kokonaisuuteen vaikuttaa. Palveluiden järjestämiseen Suomessa on tulossa suuria muutoksia ja nämä muutokset vaikuttavat varmasti myös palveluiden tuottamiseen. Hyvän kokonaiskuvan saaminen ja tarjoaminen ennen muutoksia on yksi hyöty järjestämissuunnitelmien laatimisesta.

Myös päivystyspalvelut ovat murroksessa uuden päivystysasetuksen myötä. Järjestämissuunnitelmissa päivystykseen liittyvät kuvaukset ja niiden kehittäminen on kuvattu usein kiitettävästi. Päivystyspalveluiden järjestäminen ja toimivuus ovat usein tärkeysjärjestyksessä korkealla ja tämä näkyy suunnitelmissa. On syytä kuitenkin muistaa, että myös sosiaali-, mielenterveys- ja apteekkipäivystys tulee ottaa huomioon suunnitelmissa. Kehittämistä ja selkeätä tavoitteenasettamista ei tule unohtaa näiden osalta. Järjestämissuunnitelma on tarjonnut foorumin isojen rakenteellisten uudistusten vaikutusten arvioimiseksi alueellisella tasolla. Suunnitelmissa on kuitenkin onnistuttu käsittelemään myös kehitystä, joka ei riipu rakenteellisista muutoksista ja näihin muutoksiin tavoitteenasettamista tulisi suunnitelmissa sitoa enemmän. Vaikka rakenteet muuttuvat, myös toimintakäytäntöjä ja rakennemuutoksista riippumatonta yhteistyötä tulee ja kannattaa syventää.

Kuvantamispalveluiden ja lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen ovat varmasti riippuvaisia alueen palvelutarpeesta ja väestöpohjasta. Järjestämissuunnitelmissa väestötiheillä alueilla näiden palveluiden kehittäminen on helpompaa, kun palveluiden tuottamisessa mukana ovat vahvemmat hartiat. Monissa järjestämissuunnitelmissa tulevaisuuden suunnitelmat ovat samankaltaisia. Tässä tarkastelussa on pyritty nostamaan esille suunnitelmissa kuvattuja uudistuksia ja yhteenvetää näin Suomessa käynnissä olevaa tukipalveluiden kehittymistä. Haasteet ovat monilla alueilla samankaltaisia, joten toimivien ratkaisujen tarkaste-

luun on syytä kannustaa. Tämän tarkastelun tavoitteena on antaa tehokas yhteenveto myös näitä palveluita koskevista linjauksista terveydenhuollon järjestämissuunnitelmissa.

Yhteistyö alueen sisällä olevien perusterveydenhuollon toimijoiden välillä on usein vaikea irrottaa kuntien välisestä yhteistyöstä tai erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä olevasta yhteistyöstä. Useat järjestämissuunnitelmat onnistuvat kuitenkin esittämään tapoja, joilla kuntien välisiä hallinnollisia rajaitoja on onnistuttu ylittämään perusterveydenhuollon palveluiden kentällä. Kun henkilöstöstä on usein pulaa, on yhteistyön syventämiselle aito tarve. Valinnanvapauden lisääntyessä terveydenhuollossa, yhteistyötä perusterveydenhuollossa tarvitaan. Yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä näkyy myös järjestämissuunnitelmissa hyvin. Yhteistyön muotoja on paljon ja innovatiivisia tapoja on nostettu tarkastelussa esille. Tarvittava yhteistyö sosiaalihuollon kanssa ei ole saanut osakseen niin laajaa huomiota kuin yhteistyö perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon välillä. Sosiaalihuolto nähdään yhteistyökumppanina usein hoitoketjujen kautta ja myös muita yhteistyön muotoja on, mutta niin kauan kun sosiaali- ja terveystalvet ovat eri johtajien ja eri rahoituksen takana, yhteistyö tulee rajoittumaan mm. esimerkkeihin, jotka liittyvät hoitoketjuihin.

Yhteistyötä lääkehuollon ja muiden toimijoiden kanssa on kuvattu suunnitelmissa kohtuullisesti. Lääkehuollon osalta käytännöt ja yhteistyö on hyvin vaihtelevaa ja itse suunnitelman luonne näkyy tässä kohtaa. Muutamissa suunnitelmissa lääkehuollon nykytila on kuvattu muutamalla lauseella, mutta yhteistyöhön tai kehittämiseen ei olla kiinnitetty huomiota. Lukuisat suunnitelmat kuitenkin osoittavat, että yhteistyö kannattaa ja näitä käytäntöjä on kerätty tarkasteluun. Muut toimijat käsittävät pitkälti yksityiset toimijat ja kolmannen sektorin. Yksityiset toimijat nähdään usein myös kumppaneina palvelukentällä pelkän julkisen sektorin täydentävän palvelutuotannon sijaan. Kun sosiaali- ja terveydenhuoltoa käsittelevät rakenneuudistukset saadaan valmiiksi ja käytäntöön, jo tehdystä laajasta yhteistyöstä myös yksityisen sektorin kanssa tulee varmasti olemaan hyötyä alueellisille toimijoille. Monissa suunnitelmissa kolmas sektori on saanut virkistävää roolia, mikä antaa uutta näkökulmaa sekä kolmannelle sektorille, että julkisen sektorin toimijoille. Potilasjärjestöjen ja kokemusasiantuntijoiden osaamista kannattaa hyödyntää, mikäli se on mahdollista. Muita toimijoita riittää mainittujen lisäksi ja näitä toimijoita ja yhteistyön muotoja on nostettu esille tarkastelussa.

Perusterveydenhuollon ja erikoisalojen palvelujen tarvetta seurataan alueilla aktiivisesti ilman järjestämissuunnitelmiakin. Iso kysymys kuitenkin on, että millä tavalla muutokset palvelutarpeessa näkyvät palvelutuotannossa ja miten siitä sovitaan. Järjestämissuunnitelma voisi tarjota hyvän alustan kirjata näiden muutosten yleislinjaukset alueen päättäjien ja ammattilaisten tiedoksi. Tiedon keräämisestä ei ole juurikaan hyötyä, mikäli se ei vaikuta järjestettäviin palveluihin. Sama asia koskee myös tätä tarkastelua. Järjestämissuunnitelmiin tulisi tulevaisuudessa kirjata paremmin se, miten muutokset palvelutarpeessa otetaan huomioon ja mitkä ovat konkreettiset askeleet, mikäli palvelutarve nousee. Palvelutarpeen nousu on lähtökohtainen ajatusmalli, mutta monien palveluiden kohdalla palvelutarve myös laskee ja erikoisaloittaisen palvelutarpeen seuranta tulee ajankohtaiseksi. Tarkastelussa on otettu myös huomioon se, miten perusterveydenhuollon palvelutarpeeseen aiotaan alueella vastata. Tämä on tarkastelussa eniten vaihteleva osa-alue. Tarkastelussa ei ole pyritty nostamaan esiin konventionaalisia palvelutarpeen tyydyttämisen keinoja kuten lääkäreiden tai hoitajien vastaanottoa. Tarkastelussa on tarkoituksellisesti nostettu esiin uusia palvelutuotannon muotoja, jotka liittyvät usein sähköisiin palveluihin tai erilaisten hankkeiden kautta tullessiin toimintamuotoihin. Koska alueelliset palvelutarpeet vaihtelevat paljon, löytyy suunnitelmista myös paljon erilaisia tapoja. Kysymys siitä, miten perusterveydenhuollon palvelutarpeeseen aiotaan vastata, on varsin laaja, joten tarkastelu ei kykene nostamaan esille kaikkia tapoja kaikista suunnitelmista.

Terveydenhuoltolain 3 § 2:n palvelut, eli niin sanottu kansanterveystyö, on haastava alue järjestämissuunnitelmissa, sillä suunnitelmat eivät usein nosta palveluita esille kokonaisuutena, vaan palvelut ja niiden järjestäminen esiintyvät muissa yhteyksissä. Kansanterveystyön näkyvimmit osiot ovat kunnallisesti tuotetut työterveyspalvelut ja ympäristöterveydenhuolto. Ensimmäisen osalta yhteistyötä järjestämissuunnitelmista

löytyy, mutta jälkimmäinen on jäänyt vaille suurempaa huomiota. Kansanterveystyö yhdistyy myös usein terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen tai muuhun palvelutuotantoon.

Alueen perusterveydenhuollon kehittämiseksi tehtävä työ vaihtelee järjestämissuunnitelmissa melko paljon. Järjestämissuunnitelmat kertovat siitä, mitä kehittämisellä eri alueilla tarkoitetaan ja minkälainen toiminta nähdään kehittämisenä. Hankkeet nähdään luontaisena kehittämistyön muotona, mutta suurin osa alueista kuitenkin on panostanut myös jatkuvaan toimintakäytäntöjen kehittämiseen. Perusterveydenhuollon kehittämisen kannalta sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon yksiköillä on tärkeä rooli ja tästä syystä järjestämissuunnitelmat antavat hyvän kokonaiskuvan alueella tehtävästä kehittämistyöstä. Kun käytännöt ovat hyvin vaihtelevia, tarkastelun erilaiset kehittämisen tulokulmat voivat antaa uusia ajatuksia niille alueille, joihin jatkuvan kehittämisen käytännöt eivät vielä ole juurtuneet. Jatkuvaa kehittämistä tarvitaan, sillä rakennemuutos keskittyy etenkin hallintoon, kun taas toimintakäytäntöjen kehittäminen jää terveyskeskuksissa työskentelevien ammattilaisten tehtäväksi.

Potilasturvallisuuden kehittäminen on edennyt järjestämissuunnitelmien mukaan vauhdikkaasti. Suunnitelmat kertovat, että muutamat potilasturvallisuuden kehittämisen tukena olevat työkalut ovat vakiinnuttaneet paikkansa terveydenhuollon toimijoiden keskuudessa. HaiPro:n käyttö on vakiintunutta, mutta Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen potilasturvallisuuden verkkokoulutus on mukana vain osassa suunnitelmia. Laadunhallinta ei vielä ole juurtunut osaksi toimintaa niin vahvasti kuin potilasturvallisuuden kehittäminen. Laadunhallinta nähdään järjestämissuunnitelmissa usein potilasturvallisuuden yhteydessä, vaikka laadun pitäisi olla muutakin kuin ilman haittatapahtumia tuotettavaa palvelua. Palveluiden laadun mittareita on nostettu esille järjestämissuunnitelmissa. Myös tässä tapauksessa olisi hyödyllistä, jos järjestämissuunnitelmassa kuvattaisiin, mitkä ovat toimenpiteet, mikäli laatumittarin tulos heikkenee tai paranee.

Alueellisissa järjestämissuunnitelmissa on kuvattu myös hoito- ja palveluketjujen tilaa, kehittämistä ja vastuuta. Hoitoketjut ovat järjestämissuunnitelmissa esimerkkinä siitä kuinka pitkälle hallinnolliset rajat ylittävissä palveluissa alueilla on edetty. Hoitoketjujen määrät vaihtelevat Suomessa paljon. Sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon yksiköt saavat vastuuta myös näiden osalta, joten hoitoketjujen koordinointi saa uutta potkua. Tosin palveluiden järjestämiseen liittyvät laajat muutokset saattavat vaikuttaa hoitoketjujen luonteeseen, kun järjestäjätoimet toimivat samassa organisaatiossa. Hoitoketjut ovat järjestämissuunnitelmissa olleet selkeästi yhteistyön työkaluina ja samalla yhteistyön lopputuloksina. Hoitoketjujen kaltaisia yhteistyössä syntyviä palvelukokonaisuuksia tulee luoda jatkossakin. Hoitoketjut ovat hyvä ja konkreettinen esimerkki työstä, joka näkyy suoraan palveluiden loppukäyttäjän arjessa.

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma on työkalu, joka auttaa alueellisen yhteistyön syventämisessä. Suunnitelma voi parhaimmillaan antaa terveydenhuollon toimijoille suunnan kertomalla yhteistyön tavoitteet, vastuutahot ja seurannan. Sitoutumalla järjestämissuunnitelmaan terveydenhuollon toimijat puhuvat samaa kieltä alueellisen yhteistyön kehittämiseksi. Jos järjestämissuunnitelma nähdään ainoastaan nykytilan kuvauksena, jäävät sen mahdolliset hyödyt myös varjoon. Tärkein huomio järjestämissuunnitelmien toimivuuden kannalta on esitettyjen tavoitteiden selkeys ja vastuutahoista sopiminen. Pitkien suunnitelmien sivuilta epämääräisten yhteisten tavoitteiden löytäminen on hankalaa. Suunnitelmien pituus on toissijaista, jos tavoitteet on nostettu selkeästi esille. Taustat ja tavoitteita tukevat tiedot auttavat ymmärtämään miksi tavoitteiksi ovat valikoituneet juuri ne toimenpiteet. Parhaimmillaan järjestämissuunnitelma voi toimia alueellisena sopimuksena yhteistyön syventämisestä ja palveluiden kehittämisen yhteisestä suunnasta.

Lähteet ja aineisto

Koivuranta-Vaara Päivi, Punnonen Heikki, Paavilainen Mika (2011) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen mukainen järjestämissuunnitelma. Kuntaliiton yleiskirje 21/80/2011.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2011) Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta. Sosiaali- ja terveysministeriön muistio.

Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö 40/2010 vp.

Terveystieteidenlaki (1326/2010)

Valtioneuvoston asetus 337/2011: Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta.

Järjestämissuunnitelmat:

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän (Eksote) terveydenhuollon järjestämissuunnitelma

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin terveydenhuollon palvelujen alueellinen järjestämissuunnitelma vuosille 2013-2016

HUS/ HYKS-alueen kuntien terveydenhuollon järjestämissuunnitelma v. 2013-2016

HUS Hyvinkään sairaanhoitoalue – Terveystieteidenhuollon järjestämissuunnitelma 2013-2016

HUS/Itä-Uudenmaan järjestämissuunnitelma vv. 2013-2016

Itä-Savon terveydenhuollon palvelujen alueellinen järjestämissuunnitelma 2013-2016

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä – Terveystieteidenhuollon järjestämissuunnitelma 2013-2016

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä – Terveystieteidenhuollon järjestämissuunnitelma

Keski-Pohjanmaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelma

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueen kuntien terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2013-2016

Länsi-Pohja – Kuntien terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma vuosille 2013-2016

Pirkanmaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelma vuosille 2013-2016

Pohjois-Karjala – Terveystieteidenhuollon palvelujen alueellinen järjestämissuunnitelma vuosille 2013-2016

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueen kuntien terveydenhuollon järjestämissuunnitelma

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma - Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen jäsenkunnat 2013-2016

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2013-2016 – HUS Lohjan sairaanhoitoalue (Karkkila, Lohja, Siuntio, Vihti)

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2013-2016 – HUS Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2013-2016 – Lapin sairaanhoitopiirin alueen jäsenkunnat

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma - Etelä-Pohjanmaa 2013-2016

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma Vaasan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien alueella 2013-2016

Terveydenhuoltolain mukainen järjestämissuunnitelma – Terveyspalveluiden järjestäminen ja tuotanto Keski-Suomessa vuosina 2013-2016

Varsinais-Suomen terveydenhuollon järjestämissuunnitelma vuosille 2013-2016

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma Vaasan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien alueella 2013-2016